

**UNTERSUCHUNG ÜBER VERLAUF UND
REKONVALESCENZ EINIGER INNERER ERKRANKUNGEN
DER PFERDE IM HINBLICK AUF
WEITERVERWENDUNG ALS LEISTUNGSSPORTLER**

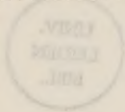
WERNER SUDHOFF

1976

Aus der Medizinischen Tierklinik
Lehrstuhl für Innere Krankheiten der Pferde,
Kleintiere und Gerichtliche Tiermedizin des
Fachbereichs Tiermedizin der Universität München
Komm. Vorstand Prof. Dr. G. Dirksen
Arbeit angefertigt unter Leitung von Prof. Dr. H. Kraft

**UNTERSUCHUNG ÜBER VERLAUF UND
REKONVALESCENZ EINIGER INNERER ERKRANKUNGEN
DER PFERDE IM HINBLICK AUF
WEITERVERWENDUNG ALS LEISTUNGSSPORTLER**

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung der veterinärmedizinischen Doktorwürde
des Fachbereichs Tiermedizin der Ludwig-Maximilians-
Universität München



von
WERNER SUDHOFF
aus Selb
München 1976

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs
Tiermedizin der Universität
München

Dekan: Prof. Dr. B. Vollmerhaus
Referent: Prof. Dr. H. Kraft
Korreferent: Prof. Dr. H. Mahnel

Tag der Promotion: 27. Februar 1976



1. Einleitung

2. Zielsetzung

3. Methodik

4. Ergebnisse und Diskussion

5. Zusammenfassung

6. Literaturverzeichnis

7. Anhang

8. Glossar

9. Index

10. Bibliographie

Meinen Eltern

11. Danksagung

12. Schlusswort

13. Impressum

14. Kontakt

15. Nachwort

16. Vorwort



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Einleitung	1
Literatur	3
Material und Methodik	20
Eigene Untersuchungen	24
Kasuistik markanter Fälle	
A. Erkrankungen der Lunge und/oder des Herzens	24
B. Erkrankungen der oberen Luftwege	36
C. akute Koliken	47
D. rezidivierende Koliken	52
E. Sonstige	57
Tabellen	64
Diskussion	84
Zusammenfassung	102
Summary	103
Literaturverzeichnis	104
Lebenslauf	

Einleitung

In der Landwirtschaft ist das Pferd seit einigen Jahren durch Motorisierung und Technisierung zurückgedrängt worden und es besteht heute ein Interesse am Pferd in Volksschichten, die früher nie etwas mit ihm zu tun hatten. Die Pferdehaltung, ob aus Liebhaberei oder zu Sportzwecken, nimmt immer mehr zu (von ca. 250 000 im Jahr 1970 auf ca. 500 000 im Jahr 1975). Diese Zunahme des Pferdebestandes und die damit vermehrte Turniertätigkeit bringen u.a. eine größere Verbreitung von Krankheiten mit sich.

Der weitaus größte Teil dieser Pferde ist als Leistungssportler zu bezeichnen, einem in der Sportmedizin gebräuchlichem Begriff. Jede schwere oder länger anhaltende Krankheit wird die Leistung entscheidend einschränken. Trotz Besserung oder Ausheilung der Krankheit bleibt abzuwarten, ob frühere Leistungen nach entsprechendem Training wieder erreicht oder noch übertroffen werden können.

Es ist Aufgabe dieser Arbeit nach Angaben der Besitzer und eigenen Untersuchungen den Verlauf der Erkrankung vor und über einen Klinikaufenthalt hinaus aus internistischer

Sicht zu erfassen (Sehnen, Hufe und Gelenke bleiben hier unberücksichtigt). Es soll daraus auf die weitere Gebrauchs- und Leistungsfähigkeit geschlossen werden als Prognose für die Verwendung als Sportpferd.

Literatur

Eine der tierärztlichen Berufsaufgaben ist die Erhaltung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Tiere. Zum einen ist der Tierarzt nach § 1 der Bundes-Tierärztleordnung berufen, Leiden und Krankheiten der Tiere zu verhüten, zu lindern und zu heilen, zum anderen ist er von der "wirtschaftlichen Seite dem Tierbesitzer gegenüber verantwortlich" (Berufsbild Tierarzt).

Der Anschaffungspreis eines Reitpferdes aus inländischer Zucht beträgt heute über 7 000 .-DM, für die monatlichen Unterhaltskosten sind im Durchschnitt über 400 .-DM aufzubringen. Entsprechend höher liegen Kaufpreis und Unterhaltungskosten eines Rennpferdes. Obwohl der Rennsport so populär wie nie ist, was Zuschauerzahlen und die Steigerungen des Wettumsatzes betrifft, so krankt materiell die Basis dieses Sportes, nämlich die Zucht. Wie aus der Presse des Jahres 1975 zu erfahren war, sind immer mehr Gestüte gezwungen, ihren Bestand an Pferden drastisch zu verringern oder lösen sich ganz auf.

Nach Ullrich hat der Pferdebesitzer von heute zu seinem Tier in der Regel eine

engere Bindung, "die wirtschaftliche Erwägungen meist außer Betracht läßt". "Er ist gerne bereit zeitliche und materielle Opfer zu bringen und ist verstimmt, sollte ihm allzu früh zur Abschaffung des Tieres geraten werden".

Zwischen dem Tierarzt und dem Patienten steht der Besitzer, auf den der Tierarzt im Hinblick auf genaue und vollständige Anamnese und um Befolgung seiner Ratschläge (z.B. Einhalten von Ruhigstellung, diätetischer Vorschriften, der Eingabe von Medikamenten) angewiesen ist. Dies steht im Gegensatz zur Humanmedizin, wo das zwischenmenschliche Wirkungsfeld der ärztlichen Tätigkeit unter dem Blickwinkel des Arztes wie des Patienten nahezu ausschließlich als ein zweipoliges, dyadisches Verhältnis, als Bipersonalität besteht (Rohde).

Besonders entscheidend ist die Geduld der Pferdebesitzer. Sind die Symptome z.B. einer Bronchitis oder Mikrobronchitis, die sich nach außenhin durch Nasenausfluß und Husten bemerkbarmachen, für den Besitzer nicht mehr festzustellen, so ist seine Geduld nach einer gewissen Zeit meist schon erschöpft. Hat er bis jetzt noch nach Anordnung des Tierarztes das Pferd geführt, so wird die Versuchung groß, es wenigstens im Schritt oder Trab zu reiten. Der Besitzer hat im Hinblick

auf Besserung oder Ausheilung einer Krankheit seines Pferdes einen wesentlichen Teil beizutragen und er ist damit auch entscheidend daran beteiligt, ob sein Pferd auch in Zukunft die von ihm erwarteten Leistungen erfüllen kann. Denn die Pferde sind fast ausnahmslos als Leistungssportler zu betrachten, da das Ziel der meisten Besitzer die Teilnahme an Geländeritten, Distance-Ritten, Jagden oder an Turnieren (Dressur, Springen) ist. Dazu sind Pferde notwendig, die bestimmten Exterieur-eigenschaften entsprechen, aber vorallem über Interieureigenschaften wie Konstitution, Kraft, Energie und besonders Ausdauer verfügen (Nissen).

Eine Springprüfung wird in 4 Klassen eingeteilt (Nissen):

- Klasse A = Anfängerklasse
- Klasse L = Leichte Klasse
- Klasse M = Mittlere Klasse
- Klasse S = Schwere Klasse

Die schwere Klasse wird nochmals unterteilt in Springprüfungen der

- Klasse Sa = Lange Bahn
- Klasse Sb = Mächtigkeitsspringen

Ebenso sind die Dressurprüfungen für Reitpferde in 4 Klassen einzuteilen (Nissen):

- Klasse A = Anfängerklasse
- Klasse L = Leichte Klasse
- Klasse M = Mittlere Klasse
- Klasse S = Schwere Klasse

Springpferde

Die Anforderungen in Springprüfungen bei
Pferdeleistungsprüfungen sind folgender
Tabelle zu entnehmen (Nissen):

	A	L	M	Sa	Sb
Mindestzahl Hindern.Bahn	6	6	6	8	6
Mindestzahl Hindern. im					
Freien	6	8	10	10	6
Mindestzahl der Sprünge	8	10	12	15	6
Höchstzahl der Sprünge	12	16	20	--	8

Abmessungen in m

	A	L	M	Sa	Sb
<u>Einfache Hochsprünge:</u>					
Mindesthöhe ⁺	0.80	1.10	1.20	1.30	1.40
desgl.gr.Höhe ⁺⁺	1.10	1.20	1.30	1.60	1.70
<u>Hochweit-Sprünge:</u>					
vorderer Teil	1.00	1.10	1.20	1.40	1.40
desgl.hinterer Teil	1.00	1.10	1.20	1.40	1.40
desgl. Abstand	1.20	1.40	1.60	1.60	1.80
höchste Grabenbreite	3.00	3.50	4.00	5.00	5.00
<u>Doppelte u.mehrfache</u>					
<u>Hindernisse:</u>	1.00	1.10	1.20	1.30	1.40
Höchstanforderung Höhe					
desgl. Abstand	10.50	7.50	7.50	frei	frei
desgl. Gräben	---	3.00	3.50	4.00	5.00

⁺mit Ausnahme des ersten Hindernisses, welches
niedriger sein darf

⁺⁺bei Springprüfungen Kl.L, M und Sa muß wenigstens
ein Drittel der Hindernisse die zulässige Höchst-
anforderung an die Pferde stellen

Das Springen über hohe Hindernisse richtet sich gegen das natürliche erworbene Verhalten eines Pferdes (Stern). Zeeb bezeichnet das Pferd als "hochspezialisiertes Fluchttier der Grassteppe" und für Charles F. de Beaulieu ist die einzige Waffe des Pferdes wie der meisten Pflanzenfresser, seine Schnelligkeit in der Flucht.

Das Springen über extrem hohe Hindernisse führt zwangsläufig zu Verschleißerscheinungen des Knochen- und Sehnenapparates. Müller meint "wenn man bedenkt, daß die Sehnen der Vorderbeine eines Pferdes, deren Querschnitt insgesamt kaum 5 Quadratzentimeter beträgt, beim Landen nach dem Sprung eine Last von 500 bis 700 kg auffangen müssen, die aus einer Höhe von einem Meter und mehr herabfällt, daß die Belastung der Sehne in diesem Augenblick also 250 bis 300 kg je Quadratzentimeter beträgt, wird man verstehen, daß in den Beinen eines jeden Pferdes nur eine bestimmte Anzahl von Sprüngen steckt".

Wie vorangegangener Tabelle zu entnehmen ist, beginnen Sprünge der schweren Klasse bei einer Höhe von 1.30m bzw. 1.40m und es werden bei Hochleistungsprüfungen Sprünge bis zu einer Höhe von 2.20m und mehr angegangen. In der Sportmedizin sind derartige Leistungen mit denen von Zehnkämpfern und Turnern vergleichbar, wobei durch die Vielzahl und Unterschiedlichkeit der Übungen und des Bewegungs-

ablaufes Wirbelsäule, Gelenke, Bänder und Sehnen besonders beansprucht werden. Dies ist zwar eine Abschweifung in ein chirurgisches Problem, doch sollte es hier nicht unerwähnt bleiben.

Dressurpferde

Für Dressurprüfungen kommen in der Regel nur ruhige Pferde in Frage. Bei ihnen ist die gewiß vorhandene innere Spannung nach außenhin durch die große Aufmerksamkeit überdeckt (Stern). Die Anforderungen an ein Pferd in Dressurprüfungen der Klasse A beispielsweise sind folgende (Nissen):

Zügelführen in beiden Händen, Abteilungsreiten oder einzelnes Vorreiten in den drei Gangarten auf Ankündigung nach Weisung der Richter oder nach einer der Aufgaben 13 bis 16 aus dem Aufgabenheft des Hauptverbandes (jeweils gültige Ausgabe), Springen über Hindernisse, etwa 0.70m hoch bis 2.00m breit; Reiten in der Abteilung.

Es werden bewertet: Mittelschritt, Trab und Galopp im Arbeits- und Mitteltempo, Halten aus Schritt und Trab, Übergänge aus einer Gangart in die andere, Wechsel der Tempos, Leichttraben, Volten und Kehrtwendungen mit einem Durchmesser von 6 Schritt, Rückwärtsrichten über eine bestimmte Strecke, Sitz und Einwirkung des Reiters.

Die Anforderungen in Dressurprüfungen der Klasse L sind entsprechend höher, wie z.B. ein höheres Hindernis oder bei kombinierten Dressurprüfungen (Pflichtaufgabe und Kür) müssen die in der Kür gezeigten Lektionen dem Ausmaß der Anforderungen in der vorausgegangenen Pflichtaufgabe entsprechen. Gleiches gilt auch für die Klassen M und S. Bewertet wird zum Beispiel in der Klasse M: versammelter Schritt, Mittelschritt, starker Schritt, versammelter Trab, Seitengänge, Traversieren, Mittel- und starker Trab, Leichttraben, versammelter Mittel- und starker Galopp, Rückwärtsrichten mit bestimmter Trittzahl und Anreiten daraus in allen Gangarten, mehrfach einfache Galoppwechsel an bestimmten Stellen, einmaliger fliegender Galoppwechsel von Außen- zum Innengalopp.

Jagdpferde

Bei Pferden, die zu den herbstlichen Fuchsjagden eingesetzt werden, muß es sich ebenfalls um durchtrainierte Tiere handeln, die den Anforderungen dieser längeren Strecke, in der einige aufgebaute und auch natürliche Hindernisse zu überwinden sind, entsprechen. Bei Eignungsprüfungen für Jagdpferde werden z.B. folgende Anforderungen gestellt (Nissen): in der Klasse L: Zurücklegen einer Strecke von 2000m im Galopp einzeln über wenigstens 6 Hinder-

nisse, 0.80 bis 1.00m hoch, und über Gräben, nicht unter 2.00m breit, in 4 Minuten. Zurücklegen einer Strecke von 300m im Schritt in 3 Minuten.

In der Klasse S: Zurücklegen einer Strecke von 2000m im Galopp, einzeln, über wenigstens 8 Hindernisse, 1.00m bis 1.20m hoch, davon wenigstens zwei 1.20m hoch, und über Gräben nicht unter 2.50m breit, in 4 Minuten. Zurücklegen einer Strecke von 300m im Schritt in 3 Minuten. Bei Eignungsprüfungen für Jagdpferde Klasse S sind Mindestleistungen obligatorisch.

Freizeitpferde

An ein sog. "Freizeitpferd" werden in der Regel weniger große Ansprüche gestellt. Es dient seinem Reiter meist zu Spazierritten von ca. 1 bis 2 Stunden am Tag, welche von einem Trab, einem kurzen Galopp und eventuell ein paar kleinen Sprüngen aufgelockert werden. Meistens werden diese Pferde aus Zeitmangel des Besitzers nicht einmal täglich bewegt. Die Gefahr einer Überforderung besteht dann für solch ein Pferd, wenn von ihm plötzlich wieder größere Leistungen verlangt werden. Umgekehrt reagiert ein trainiertes und ausgebildetes Pferd auf zu wenig Bewegung oder falsche Hilfen eines ungeübten Reiters mit

Nervosität und Unsicherheit, was zwangsläufig zu Spannungen zwischen Reiter und Pferd führt. Für das Tier bedeutet dies einen Rückschritt, eventuell kann daraus ein organischer Schaden resultieren wie z.B. Herzerkrankungen oder Kolikerscheinungen. Reiterliches Können, Temperament, Ausbildungsstand und Typus des Pferdes müssen auch in der Freizeitreiterei, wo das Reiten sehr oft nur als Hobby betrieben wird, harmonisieren.

Rennpferde

Da in dieser Arbeit Rennpferde unberücksichtigt bleiben, seien sie nur kurz in diesem Zusammenhang erwähnt.

Traber, Galopper wie auch die Pferde der Spitzenreiter in Dressur- und Springprüfungen, die national und international vorallem in Presse, Funk und Fernsehen immer wieder genannt werden, sind als Hochleistungssportler zu bezeichnen.

Die Sportmedizin unterscheidet je nach Qualität und Quantität der Belastung 5 Hauptformen muskulärer Beanspruchung: Koordination, Flexibilität, Kraft, Schnelligkeit und Ausdauer. Während die 4 erstgenannten Hauptformen besonders das neuro-muskuläre System betreffen, wird der sog. allgemeinen aeroben Ausdauer

besonderer Wert beigemessen (Hollmann). Die wichtigsten Organe sind für einen Leistungssportler Herz und Lunge. Die Herzleistung beim Leistungssport ist nach Gadermann in erster Linie eine Volumenbelastung, die dem Herzen nur vorübergehend auferlegt wird. Hochtrainierte Athleten sind ferner besonders empfindlich gegenüber bakteriell-toxischer und immunologischer Schäden und er fordert deshalb eine besonders sorgfältige Überwachung. Pneumonosen, abgesehen von Berufskrankheiten durch Einwirkung gewerblichen Staubes, sind beim Menschen außerordentlich selten geworden, insbesondere jene, die aus Gründen verschlechterter O₂-Diffusionsbedingungen die kardio-pulmonale Leistungsfähigkeit beeinträchtigen.

Bei Pferden, die unter Erkrankungen der oberen Luftwege und/oder einer Erkrankung der Lunge leiden, ist es besonders notwendig, möglichst schnell eine genaue Diagnose zu stellen. Zur genauen Abklärung der Lokalisation soll auch die Laryngoskopie herangezogen werden (Gerber, Zeller und Teufel, Thein). Eine gründliche Untersuchung der Lunge mit Perkussion und Auskultation, die trotz moderner Untersuchungsverfahren wie Lungenfunktionsprüfung und Blutgasanalyse nicht zu ersetzen sind (Deegen und Zichner), möglichst an einem Ort ohne

störende Nebengeräusche ist erforderlich. Bachmann et al. berichten über die Belastung für Pferdehaltung und -zucht durch "respiratorische Erkrankungen von frühester Jugend an", verursacht neben Bakterien vor allem durch Viren. Viele dieser Virusinfektionen verlaufen klinisch inapparent. Erst wenn weitere Faktoren hinzukommen (endogene und exogene Stressoren) führt die Infektion zu einer Erkrankung. Nach Thein und Mayr muß den Reovirus-Infektionen besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden, da sie wahrscheinlich häufig die Ursache dafür sind, daß es trotz Vakzination mit herkömmlichen Influenza- und Rhinopneumonitis-Vakzine immer wieder zu respiratorischen Erscheinungen, speziell zu Husten und Erkrankungen des oberen Respirationstraktes kommt, die ohne Fieber einhergehen.

Doll et al. haben gezeigt, daß das zu den Herpesviren gehörende Equine Rhinopneumonitis-Virus u.a. auch für den Fohlenhusten verantwortlich ist. In Mitteleuropa wurde es wiederholt nachgewiesen besonders als Ursache für Stutenaborte (Bürki, Bärtschyl und Lindt, Kubin und Kölbl). Die Untersuchungsergebnisse von Zeller und Teufel sprechen dafür, daß das erwachsene Pferd der Hauptträger und -verbreiter der Rhinopneumonitis ist, deren wichtigstes klinisches Symptom der respiratorischen Form beim Pferd der herpetiforme, follikuläre Katarrh an der

dorsalen Rachenwand und dem Luftsack ist. Auf eine Komplizierung des Krankheitsverlaufes durch bakterielle Sekundärinfektionen als "infektiöse Faktorenerkrankung" wird hingewiesen (Bachmann). Komplikationen entstehen im Gefolge der respiratorischen Form der Rhinopneumonitis vorallem durch vorzeitiges Arbeiten der erkrankten Tiere (Thein). Eine Typisierung der Viren ist nach Leuthold nicht einfach, nimmt ungefähr einen Monat in Anspruch und hinkt damit gewöhnlich dem Ablauf der Endemie oder der Epidemie nach. Ein Virusnachweis wird deshalb unter "ländlichen Praxisbedingungen" nur selten durchgeführt (Reuter).

Als häufigste innere Ursache für die vorzeitigen Ausfälle bei Pferden bezeichnet Gerber die chronischen Leiden der Atemwege, besonders das Syndrom des Lungendampfes. Er verweist auf den vagen und oft falsch verwendeten Ausdruck "Dampf" oder "Dämpfigkeit". Ferner "nimmt er 3 bis 6 Monate willkürlich gesetzter Krankheitsdauer als Grenze für die Chronizität an" und "legt Gewicht auf die Feststellung, daß die Diagnose chronischer Lungenkrankheiten schwierig ist". Gerber schlägt einen Therapieversuch von ca. 14 Tagen zum Zweck der präziseren Diagnosestellung vor. Nach Zeller soll sich der Tierarzt die Diagnose "Dämpfigkeit" nicht leicht machen, denn bei einer Ankaufsuntersuchung kann

"der Verdacht erhoben werden", doch sind dazu noch weitere Untersuchungen wie die Bewegung in Trab und Galopp, je nach Alter und Trainingszustand, mit anschließenden Beruhigungszeiten notwendig. Liegen keinerlei Verdachtsmomente für Dämpfigkeit oder Kehlkopfpfeifen vor, so ist eine 3-tägige Untersuchung sinnlos (Eikmeier). Nach Sasse werden in vielen Fällen von chronischen Lungenerkrankungen nur Lungenfunktionsprüfungen Daten bieten, die zu einer Diagnose berechtigen. Durch die Anwendung von Langzeitkortikoiden wird eine Dämpfigkeitsuntersuchung erschwert. Die Symptome werden dadurch stark verwischt (Zeller).

Gerber teilt aufgrund der Anamnese nach folgenden Diagnosegruppen ein:

1. chronische Bronchitis und/oder Bronchiolitis ohne perkutorisch nachweisbare Lungenerweiterung und ohne Dyspnoe in Ruhe
2. chronische Bronchitis mit Dyspnoe, aber ohne perkutorisch nachweisbare Lungenerweiterung
3. chronische Bronchitis mit Dyspnoe und mit nachweisbarer Lungenerweiterung
4. Lungenerweiterung mit Dyspnoe, aber ohne klinisch apparente Bronchitis
5. chronische Pneumonien; eventuell kombiniert mit einem der obigen Zustände
6. Lungentumoren mit erheblicher Verdrängung funktionellen Lungengewebes.

Deegen und Zichner geben eine ähnliche Einteilung nach Schweregraden:

1. Geringgradige chronische Bronchitis
(Bronchiolitis)

ohne klinische Anzeichen einer Ruhedyspnoe

ohne klinische Anzeichen einer Lungenerweiterung

ohne klinische Anzeichen eines Cor pulmonale

2. Mittelgradige chronische Bronchitis
(Bronchiolitis)

ohne klinische Anzeichen einer Ruhedyspnoe

mit klinischen Anzeichen einer Lungenerweiterung

ohne/mit klinischen Anzeichen eines Cor pulmonale

3. Hochgradige chronische Bronchitis/Bronchiolitis
mit klinischen Anzeichen einer Ruhedyspnoe

mit klinischen Anzeichen einer Lungenerweiterung

mit/ohne klinischen Anzeichen eines Cor pulmonale

4. Hochgradiges chronisches alveoläres/interstitielles Lungenemphysem

mit Bronchitissymptomen

mit klinischen Anzeichen einer Ruhedyspnoe

mit klinischen Anzeichen einer Lungenerweiterung

mit klinischen Anzeichen eines Cor pulmonale.

Da die Anamnese bei vielen Lungenpatienten auf einen chronischen Verlaufscharakter hinweist, sollen die Patienten auch einer Herz- und Kreislaufuntersuchung unterzogen werden. Einerseits besteht die Möglichkeit, daß für die Lungenerkrankung (z.B. Bronchitis, Oedem) primär eine Herzinsuffizienz verantwortlich ist, andererseits muß bei einer chronischen Lungenerkrankung immer mit einer zusätzlichen Belastung des Herzens gerechnet werden (Deegen und Zichner). Eine prognostische Aussage über den Zustand sollte nach Kraft nicht nur im Hinblick auf den medizinischen Befund erhoben werden, sondern sie muß das Pferd als Leistungssportler berücksichtigen. Man kann nicht von einer günstigen Prognose sprechen, wenn ein Pferd mit bleibenden asthmatischen Atembeschwerden nur unter besonderen Vorsichtsmaßnahmen und häufigen Glukokortikoid-Gaben geritten oder gefahren werden kann. Eine relativ günstige Prognose darf bei diesem Erscheinungsbild in manchen Fällen gestellt werden, wenn die Ursache, die z.B. in entsprechender Stallhygiene zu suchen ist, abgestellt werden kann.

Auch Pferde, die akut unter Kolikererscheinungen erkrankt sind, d.h. unter einem in relativ kurzer Zeit sichtbar vorübergehenden leistungsmindernden Prozeß erkrankt sind, sollen besprochen werden. Der Name "Kolik" ist ein Sammelbegriff für zahlreiche

krankhafte Zustände des Magens oder des Darmes (Ullrich). Es ist die Unzulänglichkeit der Diagnose, welche die Zusammenfassung einer größeren Zahl von Magen-Darmkrankheiten zu dem Kolikbegriff notwendig macht (Dieckerhoff). In jedem Einzelfall soll regelrechte Krankenuntersuchung sowie durch Berücksichtigung der Begleiterscheinungen die eigentliche Krankheitsform ermittelt und die Behandlung angepaßt werden (Marek und Mócsy). Eine moderne Kolikbehandlung verlangt eine ätiologische Diagnose und eine kausale Therapie (Eikmeier). Die rektale Untersuchung darf bei der Kolik der Pferde niemals unterlassen werden (Fröhner) und ist bei Koliken die wichtigste Untersuchung (Huskamp). Nach Eikmeier sind etwa 50 % der in die Medizinische und Gerichtliche Veterinärklinik der Justus-Liebig-Universität Gießen überwiesenen Koliker nicht oder nicht rechtzeitig rektal untersucht worden. Die Beeinträchtigungen des Kreislaufes verlaufen nach Zeller bei den verschiedenen Formen der Kolik bei Pferden unter dem Bilde des Schockes und er verweist auf die günstige Anwendung von Plasmaexpandern und salinischer Lösungen.

Abschließend sei auf eine Statistik der Versicherungen hingewiesen, für die noch heute das Pferd wie nach dem Römischen Rechtsprinzip als "Sache" gilt. Nach der Schadenursachenstatistik für langfristige Tierver-

sicherungen des Geschäftsjahres 1973
(18 berichtende Versicherungsunternehmen)
wurden insgesamt 3 053 Pferde entschädigt.
Davon entfielen auf:

	Anzahl	%
akute Lungenentzündung	43	1,4
Lungenemphysem	338	11,07
Viruspneumonie	1	
Bronchitis, ansteckender Husten	48	1,57
Kolik	277	9,07
Herzinsuffizienz, Herz- muskelerntzündung, Herz- klappenfehler	95	3,11
Kreislaufstörungen	41	1,34

Insgesamt entfielen auf Krankheiten der Atmungs-
organe 1973 16,0 % (1972 12,8 %), auf Krank-
heiten der Verdauungsorgane 1973 14,1 %
(1972 14,2 %), auf Krankheiten des Herzens und
sonstige Kreislauforgane einschließlich des
Blutes 1973 9,6 % (1972 10,3 %).

Material und Methodik

Von September 1974 bis März 1975 wurden 200 Fragebogen an Pferdebesitzer verschickt, deren Tiere in der Zeit von 1970 bis 1975 zur stationären Behandlung in der Medizinischen Tierklinik waren. Die verschickten Fragebogen bestanden aus 2 Teilen.

Fragebogen I setzte sich aus 8 Fragen zur Krankengeschichte vor Einlieferung des Patienten in die Medizinische Tierklinik wie folgt zusammen:

- 1) Wie lange ist das Pferd in ihrem Besitz, wie oft wurde der Stall gewechselt und welchen Verwendungszweck hat das Pferd (Reit-, Spring-, Dressurpferd; Traber, Galopper usw.) ?
- 2) Wann wurden die ersten Anzeichen einer Leistungsminderung bemerkt und welcher Art waren sie (z.B. Müdigkeit, Husten, Kolik, Lahmheit) ?
- 3) Wurde das Pferd von Ihnen selbst behandelt und/oder wurde ein Tierarzt zugezogen und welcher ?
- 4) Welche Diagnose wurde gestellt und wie haben Sie die Erkrankung beurteilt ?

- 5) Angaben über die Behandlung (Dauer und Art)
- 6) Wie wurde das Pferd zur Zeit der Erkrankung gearbeitet?
- 7) Verlauf der Erkrankung?
- 8) Was war Veranlassung für die Klinikeinlieferung?

Fragebogen II bestand aus 6 Fragen zum weiteren Verlauf nach Entlassung aus der Klinik:

- 1) Wie war der Verlauf nach der Entlassung (Besserung, Verschlechterung, Weidegang, Zeitdauer usw.)?
- 2) Wann war Ihr Pferd wieder voll arbeits- und leistungsfähig?
- 3) Haltungsbedingungen nach der Entlassung (Stall, Weide, Futter, Einstreu usw.)?
- 4) Ist das Pferd neuerlich in gleicher Art erkrankt, wenn ja wie entstand die Erkrankung (Stallwechsel, Turnier, Zukauf von Pferden usw.)?
- 5) Wurde Ihr Pferd weiterverkauft, der Versicherung übergeben oder geschlachtet bzw. getötet (bitte gegebenenfalls Angaben über Ort, Zeit, Versicherung)?
- 6) Welche Kosten sind Ihnen insgesamt durch die Erkrankung Ihres Pferdes entstanden?

Von insgesamt 200 verschickten Fragebogen wurden 57 Stück zurückgesandt und 1 Besitzer gab keine Auskunft über sein Pferd. 4 Stück davon waren rein chirurgische Fälle (Verletzungen, Lahmheit). Zur Auswertung konnten somit 54 ausgefüllte Fragebogen verwendet werden. Aufgrund der vertraulichen Angaben sind die einzelnen Fälle mit fortlaufenden Zahlen unter Angabe des Alters, des Geschlechtes und des Verwendungszweckes des Patienten ohne Namen und Tagebuchnummer aufgeführt.

Die Einteilung erfolgt nach

	Kasuistik
A. Erkrankungen der Lunge und/oder des Herzens	Nr. 1 bis 30
B. Erkrankungen der oberen Luftwege	Nr. 31 bis 43
C. akute Koliken	Nr. 44 bis 45
D. rezidivierende Koliken	Nr. 46 bis 49
E. Sonstige	Nr. 50 bis 54
1. Folgeerscheinungen nach Schlundverstopfung	
2. Leptospirose	
3. Druse	
4. Tumorverdacht	

Aus jedem Gebiet werden einzelne markante Fälle nach Angaben des Besitzers beschrieben. Die anderen Fälle sind tabellarisch aufgeführt.

Unter "Klinik" ist nicht die Allgemeinuntersuchung (die selbstverständlich bei jedem Patienten durchgeführt wird), sondern sind nur wichtige spezielle Untersuchungen angegeben.

Laboruntersuchungen werden nur bei Tieren mit typischen Veränderungen aufgeführt.

Eigene Untersuchungen

Kasuistik markanter Fälle

A. Erkrankungen der Lunge und/oder des Herzens

- Nr. 1: Fuchswallach, 5-jährig, ohne Brand,
Freizeitpferd(täglich ca. 2 Stunden ge-
ritten)

Vorbericht:

Das Pferd wurde am 15.4.1972 gekauft.

Am 30.4.1972 Auftreten des ersten
Hustens. Tierärztliche Untersuchung
am 1.5.1972. Diagnose:Bronchitis/
Bronchiolitis.

Das Pferd wurde seitdem nicht mehr
geritten. Nach der Behandlung kam
es im Juni auf eine Koppel und verblieb
dort bis Oktober 1972 (lt. Besitzer hat
es selten im Stall, aber immer beim
Reiten gehustet). Ab Oktober dann
deutliche Verschlechterung des Zustandes;
wieder 10 Wochen gestanden mit starkem
Husten. Die Behandlung erfolgte mit
Antibiotika und Hustensäften.

Ab Januar 1973 sehr starke Hustenan-
fälle mit z.T. mukösem Nasenausfluß;
abermals "Spritzen" am 19./25. und
29.1.1973.

Ab 5.2.1973 erneut starker Husten.Lt.
Besitzer waren immer "starke Lungenge-
räusche" hörbar. Daraufhin wurde das
Pferd mit Strychnin behandelt.

Grund der Einlieferung in die Klinik:

Mit den Worten des Besitzers: "da trotz Behandlung keine Besserung eintrat".

Klinik:

Aufenthalt 17 Tage

Über den behandelnden Tierarzt war zu erfahren, daß insgesamt 3 "Kortisonkuren" durchgeführt worden sind.

Untersuchung im Stände der Ruhe:

Konjunktivalschleimhäute leicht verwaschen;
Atmung 20/min. verstärkt abdominal, angedeutete "Dampfrinne";

Lungengrenzen bds. im 12. ICR;

Auskultationsbefund: unregelmäßig wahrnehmbares leichtes Giemen;

Laryngoskopie: Pharynx und Luftsackeingänge stark gerötet.

Nach einer Behandlung mit Borgal, Expectorantien und Gegensensibilisierung hatte sich der Lungenbefund geringgradig gebessert.

Nach der Entlassung aus der Klinik:

Das Pferd stand nachts im Stall und hatte tagsüber Weidegang.

Die Fütterung bestand aus Hafer, Heu und Karotten. Als Einstreu diente Stroh.

Im Mai 1973 wurde das Pferd verkauft, da nach den Worten des Besitzers der "Prozeß chronisch geworden war".

Nr. 29 : dlbr. Stute, 8-jährig, Hannoveraner,
Springpferd bis Klasse L

Vorbericht:

Seit 6 Monaten eitriger Nasenausfluß
z.T. mit Husten und Atemnot. Seit
4 bis 5 Wochen deutliche Verschlechterung
(erschwerter Atmung).

Klinik:

Aufenthalt 18 Tage

Untersuchung im Stande der Ruhe:

Atmung 32/min. verstärkt costal, ange-
deutete "Dampfwinne";

mittlere Lungengrenzen:

links im 13. ICR

rechts im 14. ICR mit überlauten Rand-
schall;

Lungenauskultation: verschärft vesiculäres
Atemgeräusch z.T. feinblasige Rasselge-
räusche und Giemen.

Diagnose: chron. Mikrobronchitis mit
Lungenerweiterung und rechtsseitigem
Lungenemphysem.

Die Behandlung erfolgte mit Glucocorti-
koiden, Antibiotika, Expektorantien,
Antihistaminika und Inhalationen.

Nach 14 Tagen waren die mittleren
Lungengrenzen links im 12. ICR, rechts
im 13. ICR. Die Lungenauskultation ergab
verschärft vesiculäres Atmen über das
gesamte Lungenfeld.

Nachuntersuchung in der Klinik:

Das Pferd wurde 1 1/2 Jahre später erneut mit folgendem Vorbericht vorgestellt:

Es wurde 7 Monate nicht geritten; binnen 3-6 Wochen trat eine deutliche Besserung ein. Danach wurde es wieder "normal" geritten. Nach 6 Monaten stellte sich eine Druse ein, die mit den Worten des Besitzers "gut geheilt" werden konnte. Nach 4 Monaten Ruhestellung wurde das Pferd wieder geritten und wurde bei 5 Jagden eingesetzt. Es trat kein Husten oder Nasenausfluß auf, die Atemfrequenz erhöhte sich rapide zu Beginn des Reitens; nach dem Reiten beruhigte sich das Pferd schnell. Nach weiteren 5 Monaten erneut Husten und Nasenausfluß.

Untersuchungsbefund:

Skleren stark injiziert;

Atmung 20/min. deutlich nachpressend;

mittlere Lungengrenzen bds. im 13.ICR, rechts

überlauter Randschall ca. ab 11.ICR;

Lungenauskultation: feinblasige Rasselgeräusche

im rechten Lungenrandbereich, ebenso auf

einem ca. 2 handtellergroßen Bezirk der

linken Lunge, sonst über das übrige Lungen-

feld rechts und links leicht verschärft

vesiculäres Atemgeräusch.

Nach geringer Aufregung und Belastung bds.

muköser Nasenausfluß.

Laryngoskopie: weißlicher muköser Belag vor

und unter der Epiglottis und auf dem

Tracheaboden.

Das Pferd wird jetzt nur noch zum

Spazierenreiten verwendet.

Nr. 13 : br. Hengst, 4-jährig, Kutschpferd

Vorbericht:

Im April 1972 an Lumbago erkrankt gewesen. Nach Worten des Tierarztes "bestanden danach leichte kardiale Störungen, deren Ursache in einer durch den Lumbago bedingten Belastungs-myopathie des Herzmuskels vermutet wurde". 1973 erstes Auftreten einer "nicht infektiösen Bronchitis und Laryngitis vermutlich auf allergischer Grundlage mit negativer Prognose".

Das Pferd wurde mit Kortison (Volon-A-40) zweimal im Abstand von 3 bis 4 Monaten (einmalige Gaben) behandelt.

Das Pferd wurde regelmäßig (nach Meinung des Besitzers jedoch zu wenig) eingespannt.

Der Behandlung folgten nach Angaben des Besitzers "hustenfreie" (kein pathologisches Lungengeräusch) Schübe von 3 bis 4 Monaten gefolgt von mehrwöchigen mit Husten verbundenen "bronchitischen Symptomen".

Grund der Einlieferung in die Klinik:

Kastration, "Angehen der bronchitischen Symptome".

Klinik:

Aufenthalt 3 Tage

Untersuchung im Stande der Ruhe:

Lungenauskultation: keine pathologischen Geräusche hörbar; Herzdämpfung um 2 ICR erweitert.

Herzauskultation: systolisches Geräusch (Pulmonalis);

EKG in Ruhe und nach Belastung: hochgradige Reizleitungsstörungen mit Herzmuskelbeteiligung.

Beim Longieren erlitt das Pferd einen Schwächeanfall (starkes Schwitzen, Stürzen). Nach ca. 10 Minuten hatte sich der Hengst wieder erholt.

Ein im Ruhe-EKG vorliegender AV-Block trat im EKG nach Belastung nicht mehr auf.

Nach 3 Tagen wurde das Tier mit folgendem Behandlungsvorschlag entlassen: Ruhigstellung, Folia Digitalis Tabletten (täglich 2 gr über 5 Tage, 5 Karenztage, abermals über 5 Tage täglich 2 gr. Folia Digitalis Tabletten); ferner über 15 Tage Gabe von Vitamin-E-Acetat oral.

Nach dieser Behandlungszeit wurde der Hengst kastriert.

Nachuntersuchung in der Klinik:

Im Frühjahr 1974 wurde das Pferd nochmals vorgestellt mit folgendem Vorbericht:

Fast über den ganzen Winter gehustet,
weißlicher Nasenausfluß, schwere
Atmung bei offenem Maul, vermehrtes
Liegen.

Klinik:

Aufenthalt 20 Tage

Untersuchung im Stande der Ruhe:

Atmung 16/min., nachpressend;
mittlere Lungengrenzen bds. im 13. ICR;
Lungenauskultation: pathologische Lungen-
geräusche (Knisterrasseln und Giemen);
Herzauskultation: systolisches Geräusch
(Pulmonalis);
EKG in Ruhe im Vergleich zum EKG aus dem
Jahr 1973 gebessert;
EKG nach Belastung: deutliche Reizleitungs-
störungen mit Herzmuskelbeteiligung.

Laryngoskopie: weißliche Beläge am Rachen-
boden und auf der Epiglottis, keine Rötung,
keine Follikelbildung.

Nach der Entlassung aus der Klinik:

Lt. Besitzer trat in den ersten Wochen nach
der Entlassung (Anmerkung: Beginn einer
Volon-A-40-Kur) keine Besserung ein. Danach
"fortschreitend symptomfrei, was auch in
entsprechenden Intervallen früher der Fall
war". Das Pferd soll im Frühjahr 1974 nach
den Worten des Besitzers wieder voll arbeits-
und leistungsfähig gewesen sein.

Anmerkung: Nach telefonischer Rücksprache
war zu erfahren, daß das Pferd wegen rapider
Verschlechterung im Winter 1974/75 getötet
werden mußte.

Nr. 14 : Fuchsstute, 8-jährig, Mecklenburger,
Springpferd bis Klasse I

Vorbericht:

Das Pferd wurde seit Winter 1972/73 nicht mehr geritten. Am 16. September 1973 Beginn des Hustens und "Aufziehen". Tierärztliche Behandlung mit Antibiotika, "Kortison", Hustensaft und Hustenpulver. Die Diagnose des Tierarztes lautete nach den Worten des Besitzers: "Erkältung, später Lungenentzündung".

Grund der Einlieferung in die Klinik:

Nach Angaben des Besitzers, "da keine Besserung eintrat".

Klinik:

Aufenthalt 15 Tage

Untersuchung im Stände der Ruhe:

Atmung 16/min.;

mittlere Lungengrenzen bds. im 13. ICR;

Lungenauskultation: großblasige Rasselgeräusche über das gesamte Lungenfeld.

Laryngoskopie: starke Schwellung der Rachenschleimhaut, starke Rötung, weißliche Beläge am Rachenboden.

Es erfolgte eine Behandlung der Pharyngitis mit Scheroson-F-Nasentropfen (Hydrocortison + Chloramphenicol) lokal in Form von sog. "Rachenduschen", die

Lungenaffektion mit Antibiotika und Glucocorticoiden.

Eine Kontrollaryngoskopie ergab eine deutliche Abschwellung der Rachenschleimhaut ohne Belagsbildung.

Nach der Entlassung aus der Klinik:

Wesentliche Besserung, unbeschränkter Weidegang; das Pferd wird nicht mehr geritten, sondern soll zur Zucht eingesetzt werden.

Nach Angaben des Besitzers ist der Stall trocken, als Einstreu dient Stroh. Die Fütterung besteht neben Weide aus Heu, Kraftfutter nach Bedarf.

Seit ihrer Erkrankung leidet die Stute bei Wetterwechsel unter leichten Atembeschwerden.

Nr. 30 : br. Wallach, 11-jährig, Hannoveraner, Springpferd bis Klasse M

Vorbericht:

Das Pferd wurde 1970 gekauft und zeigte bereits beim Angaloppieren ein leichtes "Anstoßen"; auch im Stall trat in den nächsten 2 Jahren immer wieder spontan Husten auf. Ab Sommer 1972 deutlicher Leistungsabfall, Husten und Temperatur.

Der Wallach wurde ein viertel Jahr geschont, worauf eine deutliche Besserung eintrat (ohne Behandlung). Erneute Verschlechterung im Frühjahr 1973. Ein Tierarzt wurde zugezogen und stellte die Diagnose "Dampf"; ferner erfolgte eine einmalige Behandlung (Mittel waren dem Besitzer nicht bekannt)! Danach wurde das Pferd wieder geritten und im Winter 1973/74 erneut Husten.

Klinik:

Ambulante Untersuchung

Untersuchung im Stände der Ruhe:

Atmung 20/min.

Puls 40/min., Arterie schwach gefüllt;

mittlere Lungengrenzen bds. im 12. ICR;

Lungenauskultation: verschärft

vesikuläres Atmen ohne pathologische Geräusche.

Herzauskultation: systolisches Geräusch (Pulmonalis), gespaltener 1. und 2. Herzton.

Nach der Belastung war der Auskultationsbefund von Lunge und Herzen unverändert, die Beruhigungszeiten lagen im Rahmen der Norm.

Diagnose: Stauungsbronchitis, Herzklappenfehler (Pulmonalis)

Nachuntersuchung in der Klinik:

Ein Jahr später wurde der Wallach nochmals zur ambulanten Untersuchung vorgestellt.

Das Pferd war in dem Jahr nicht behandelt worden und wurde nach einer Ruhigstellung von 3 Monaten durch Kinder geritten, wobei die Belastung äußerst gering gewesen sein soll.

Atmung 16/min., Puls 44/min.,

Arterie schwach gefüllt;

mittlere Lungengrenzen bds. im 13. ICR.

Lungenauskultation: über das gesamte Lungenfeld verschärft vesikuläres Atmen, feinblasige Rasselgeräusche im rechten Spitzenlappen.

Herzauskultation: Herztöne sehr schwach hörbar, deutliches systolisches Nebengeräusch.

Bei der Belastung (Longieren) nach 15 Minuten Schwitzen und Leistungsabfall.

Lt. Besitzer hustet das Pferd nach wie vor besonders bei Wetterwechsel und zeigt nach dem Reiten weißlichen Nasenausfluß.

Nr. 28 :Fuchsstute, 5-jährig, Bayern-Brand,
Springpferd bis Klasse L

Vorbericht:

Seit ca. 1 1/2 Jahren wegen Husten und Nasenausfluß in tierärztlicher Behandlung; das Pferd wurde erst in letzter Zeit nicht mehr geritten.

Die Diagnose des Tierarztes lautete:
chron. Lungenemphysem.

Grund der Einlieferung in die Klinik:

auf Wunsch des Tierarztes

Klinik:

Aufenthalt 4 Tage

Untersuchung im Stande der Ruhe:

Atmung 20/min., nachpressend;

mittlere Lungengrenzen bds. im 14. ICR;

Lungenauskultation: im allgemeinen keine klaren pathologischen Geräusche hörbar (Befund schien durch Behandlung überdeckt); im linken cranialen Spitzenlappen feinblasige Rasselgeräusche.

Herzauskultation: langgezogener 1. Herzton.

Nach Belastung erschien der Lungenbefund nach wie vor unklar; Herzauskultation: sehr hohe Herzfrequenz (Galopprrhythmus).

Nachuntersuchung in der Klinik:

Das Pferd wurde 1 Monat später nochmals zu einer Kontrolluntersuchung in die Klinik gebracht, wobei über das gesamte Lungenfeld feinblasige Rasselgeräusche hörbar waren.

Diagnose: chronische Stauungsbronchitis mit Emphyseembildung links, Herzinsuffizienz.

B. Erkrankungen der oberen Luftwege

Nr. 33 : Fuchswallach, 7-jährig, Hannoveraner,
Dressurpferd bis Klasse L

Vorbericht:

Im Sommer 1973 und Winter 1973/74 leichter Husten; während eines Turnieres im April 74 plötzlich stärker auftretender Husten. Von 2 Tierärzten behandelt mit Kortison, Antibiotika, Antihistaminika und Hustensaft. Bis zum Abklingen des Hustens Ruhigstellung, danach Bewegung im Schritt und langsame Wiederaufnahme der Trainingsarbeit (extra betont wurde durch den Besitzer: "nur Dressur"). Zu Beginn der kalten Jahreszeit (Herbst 1974) in der Frühe vor Anfang und manchmal am Ende der Trainingsarbeit ein paar Mal leichter Husten; keinerlei Leistungsminderung, keine Müdigkeit und keine Temperatur. Die Stallverhältnisse werden durch den Besitzer als äußerst ungünstig bezeichnet ("entweder Zugluft oder stickige ammoniakhaltige Luft, Einatmen von Unmengen Staub durch mehrmaliges Kehren der Stallgasse am Tage").

Grund der Einlieferung in die Klinik:

Vom Besitzer als "Vorsorgeuntersuchung" bezeichnet.

Am 16.7.1974 wurde das Pferd zu einer ambulanten Untersuchung vorgestellt:
Atmung 30/min., nervös bedingt;
mittlere Lungengrenzen bds. im 12. ICR;
Lungenauskultation:o.b.B.;
Laryngoskopie: Follikelbildung(bis erbsengroß) an Rachendach-und seiten, starke
Ramifizierung, Schwellung der Rachen-
schleimhaut,"waschbrettartige" Schleim-
haut des Rachens.

Im Januar 1975 wurde der Wallach mit
"ikterischen Erscheinungen" in die Klinik
eingewiesen und blieb im Februar 1975 in
stationärer Behandlung.

Klinik:

Aufenthalt 34 Tage

Am 13.1.1975:

Bilirubin ges.	11,88
dir.	1,308
indir.	10,57

Nach gezielter Behandlung am 20.1.1975:

Bilirubin ges.	1,55
dir.	0,48
indir.	1,07

Leptospirose-Titer (Aggl.Lysis Reakt.):

am 16.1.1975

L.grippotyphosa	1:500 positiv
L.bovis	1:200
L.canicola	1:100

am 24.1.1975

L.grippotyphosa	1:1000 positiv
L.bovis	1:500
L.canicola	1:500

am 4.2.1975

L.grippotyphosa 1:400 positiv

L.canicola 1:100

am 10.2.1975

L.grippotyphosa 1:4000 positiv

Anmerkung: Dem Besitzer wurde geraten, den Leptospirose-Titer kontrollieren zu lassen und eine Ruhigstellung von mind.4 Wochen.

Kontroll-Laryngoskopie vor der Entlassung: leicht gerötete Rachenschleimhaut mit "waschbrettartigem" Aussehen, einige kleine stechnadelkopfgroße Follikel, keine Beläge.

Nach der Entlassung aus der Klinik:

Nach den Angaben des Besitzers ist das Pferd 2 Tage nach der Entlassung wieder voll arbeits- und leistungsfähig gewesen.

Anmerkung: es wurde vonseiten der Klinik Ruhigstellung über mehrere Wochen und weitere Behandlung durch tägliche Inhalationen empfohlen.

"Der Wallach erfreut sich - abgesehen von dem hin und wieder auftretendem kurzen Abhusten - bester Gesundheit".(Aussage des Besitzers nach 4 Monaten).

Nr. 34 : br. Wallach, 8-jährig, Bayern-Brand, Springpferd bis Klasse L

Vorbericht:

Seit März 1973 heftiger Husten, den der behandelnde Tierarzt mit dem Besitzer nicht

bekannten Medikamenten erfolglos behandelte; das Pferd hatte viel Weidegang wurde zwischendurch immer wieder geritten. Der Verlauf war unterschiedlich, z.T. stärkerer Husten gegen 22⁰Uhr oder morgens 4⁰⁰Uhr. Es bestand immer wieder leichter seromucöser Nasenausfluß. Das Pferd ist nicht "gegen Husten " geimpft.

Grund der Einlieferung in die Klinik:

Mit den Worten des Besitzers" dem kranken Pferd zu helfen".

Klinik:

Aufenthalt 21 Tage

Untersuchung im Stande der Ruhe:

Atmung 20/min.

mittlere Lungengrenzen bds. im 12. ICR;

Lungenauskultation: verschärft vesiculäre Atemgeräusche;

Der Wallach zeigte auch in der Klinik zu Beginn des Aufenthaltes Hustenanfälle.

Laryngoskopie: kleine bis doppeltstecknadelkopfgroße Follikelbildung am Rachendach, "waschbrettartige" Rachenschleimhaut, mäßige Rötung.

Diagnose: Pharyngitis

Anmerkung: Die Behandlung erfolgte mit lokalen "Rachenduschen" (Scheroson-F-Nasentropfen), ferner Inhalationen, Expectorantien, Antibiotika, Dexamethason.

Nach der Entlassung aus der Klinik:

Nach Angaben des Besitzers "hustet das Pferd leicht, jedoch wesentlich weniger!" Als Einstreu dient Stroh.

Die Fütterung erfolgt mit Quetschhafer, Heu, "das möglicherweise Staubreizhusten fördert".

Das Pferd wurde bisher auf 5 Fuchsjagden "fullspeed" geritten. Es zeigt bei Belastung keinen Husten.

Nr. 42 : Fuchswallach, 8-jährig, Trakehner
Dressurpferd Klasse A

Vorbericht:

Das Pferd hustet seit 4 Monaten beim
Beginn des Reitens. Anfangs bestand
weißlicher flockiger Nasenausfluß. Das
Pferd ist vorbehandelt, doch nach an-
fänglicher Besserung trat erneut
Husten auf.

Klinik:

Aufenthalt 13 Tage

Untersuchung im Stande der Ruhe:

Atmung 16/min.

mittlere Lungengrenzen bds. im 12. ICR,

Lungenauskultation: o.b.B.

Husten war leicht auszulösen;

Laryngoskopie: Die Nasenschleimhäute

waren samtartig geschwollen;

partielle Rötung der Rachenschleim-
haut rechts;

einige stecknadelkopfgroße Follikel

am Rachendach; weißliche Beläge am

Rachenboden- und seiten.

Auch nach Belastung konnte auf der Lunge

kein Befund erhoben werden.

Die Behandlung erfolgte mit "Rachenduschen"

(Scheroson-F-Nasentropfen) über 10 Tage.

Bei einer Kontroll-Untersuchung vor der Entlassung konnte der Husten nur schwer ausgelöst werden und bei der Laryngoskopie wurden keine Schleimbeläge und Rötungen mehr festgestellt.

Nachuntersuchung in der Klinik:

9 Monate später wurde der Wallach erneut mit folgendem Vorbericht vorgestellt: Oft hustenfreie Perioden von ca.

1 Woche, danach hin und wieder ein trockener Husten besonders beim Füttern (staubiges Heu). Das Pferd wurde 3 Monate nicht geritten.

Laryngoskopie: Schwellung der Nasenschleimhäute; etwas weißlicher Schleimbelag, einige stecknadelkopfgroße Follikel am Rachendach.

Die Behandlung erfolgte abermals mit "Rachenduschen", an manchen Tagen nur "Raum-Aerosol", da es sich um ein sehr nervöses Pferd handelte.

Nach der Entlassung aus der Klinik:

Das Pferd wurde Monate nicht geritten. Es konnte kein Husten gehört werden. 2 Monate nach Beginn des Reitens fing es erneut zu husten an; dabei trat weißlicher Nasenausfluß auf; nach weiteren 3 Monaten Ruhe und Weidegang hustet das Tier nur noch selten. Das Heu jetzt angefeuchtet.

Nr. 37 : Fuchswallach, 5-jährig, Hannoveraner,
Springpferd bis Klasse L, Dressurpferd
Klasse A

Vorbericht:

Seit Herbst 1973 Husten; durch Inhalationen
trat eine Besserung ein. Erneutes Auftreten
des Hustens im Februar 1974, nachdem im
gleichen Stall ein hustendes Pferd ein-
gestellt wurde. Das Pferd wurde behandelt
mit "Spritzen" und 4 Wochen auf eine Koppel
verbracht. Bei Arbeitsbeginn trat erneut
Husten auf. Das Pferd war geimpft (Impf-
stoff dem Besitzer unbekannt).

Grund der Einlieferung in die Klinik:

Erneutes Auftreten des Hustens.

Klinik:

Aufenthalt 16 Tage

Untersuchung im Stande der Ruhe:

Atmung 24/min.;

mittlere Lungengrenzen bds. im 13. ICR.

LungenauskuItation: o.b.B.

Laryngoskopie: bis erbsengroße Follikel-
bildung an Rachendach- und -seiten, leichte
Rötung, "waschbrettartige" Rachenschleim-
haut, einige weißliche Beläge am Rachen-
dach und unter der Epiglottis.

Herzauskultation: systolisches Geräusch
(vermutlich Stenose der Semilunarklappen).

Diagnosen: Pharyngitis, Herzklappenfehler.

Nachuntersuchung in der Klinik:

Im Oktober 1974 wurde eine Kontroll-Laryngoskopie durchgeführt:
Rachenschleimhaut abgeschwollen,
multiple bis reiskerngroße Follikel
an Rachendach und-seiten, mäßige Rötung.

Nach der Entlassung aus der Klinik:

Der Wallach stand 3 Monate auf der Koppel
und kam dann zurück in den Stall. Die
Einstreu besteht aus Stroh.
Es werden Hafer, Heu und Mineralstoffe
gefüttert.

Nach den Angaben des Besitzers ist das
Pferd wieder voll arbeits-und einsatz-
fähig.

Nr.39 : br.Halbblut-Wallach,8-jährig
Springpferd bis Klasse M

Vorbericht:

Nach den Tagebuchaufzeichnungen,(da
der Besitzer nicht bereit war, Angaben
zu diesem Pferd zu machen).
Das Pferd wurde im April 1972 gekauft.
Danach trat leichter Nasenausfluß auf.
Der Wallach wurde tierärztlich behandelt
(Inhalationen und Antibiotika).Husten
wurde nie gehört. Etwa 2 bis 3 Monate
später wurde der Nasenausfluß "eitrig".
8 Tage vorher wurde das Pferd mit
Prevacun geimpft.

Klinik:

Aufenthalt 16 Tage (März 1973)

Untersuchung im Stande der Ruhe:

Atmung 16/min.;

mittlere Lungengrenzen bds. im 12.ICR.

Lungenauskultation: o.b.B.

Laryngoskopie:starke bis erbsengroße
Follikelbildung am Rachendach, starke
Rötung, "waschbrettartige" Rachenschleim-
hautveränderung.

Diagnose: Pharyngitis/Laryngitis

Im Juli 1973 wurde das Pferd vom jetzigen
Besitzer gekauft und im August 1974 mit
folgendem Vorbericht vorgestellt:

leichter "Schnupfen" bei Übernahme mit
wechselnder Intensität. Seit September 73
Husten. Erfolglose Behandlung mit Chlor-
amphenicol; der mucöse Nasenausfluß aus
beiden Nasenlöchern bestand weiter.

Es bestand keine Beeinträchtigung des All-
gemeinbefindens und der Leistungsfähig-
keit (Aussage des Besitzers). Im Mai 74
nach einem Turnier (Anmerkung: das Pferd
stand mehrere Stunden im Regen) wieder
Husten; nach Feststellung des behandelnden
Tierarztes ein "Kehlkopfhusten" (abermals
Injektionen mit Chloramphenicol). Nach
Worten des Besitzers wurde der Wallach
im August 74 noch gegen Tetanus und "in-
fektösen Husten" geimpft.

Klinik:

Aufenthalt 25 Tage

Untersuchung im Stande der Ruhe:

Atmung 22/min.; leicht abdominal verstärkt;
mittlere Lungengrenzen bds. im 13. ICR;
LungenauskuItation: über das gesamte
Lungenfeld feinblasige Rasselgeräusche
und Giemen.

Laryngoskopie: kleine stechnadelkopf-bis
reiskorngroße Follikel am Rachendach,
mäßige Rötung, weißliche Schleimbeläge
auf der Epiglottis.

Diagnose: Mikrobronchitis mit Lungen-
erweiterung.

Nr.40 und Nr. 41

1972 bzw.1973 waren 2 weitere Pferde aus ver-
schiedenen Beständen mit typischen Ver-
änderungen einer Pharyngitis/Laryngitis
(siehe Tabelle Nr.40 und Nr.41) in die
Medizinische Tierklinik gebracht worden.
Bei Pferd Nr.40 handelte es sich um einen
10-jährigen Bayer.Wallach,Dressurpferd bis
Klasse M, bei Pferd Nr.41 um einen
br.6-jährigen Holst./Hannoveraner Wallach,
Dressurpferd bis Klasse L.
Bei der Nachuntersuchung in der Klinik
konnte bei Pferd Nr. 40 im März 1975 eine
Bronchitis, bei Pferd Nr.41 eine
Mikrobronchitis diagnostiziert werden.
Beide Pferde befinden sich zur Zeit noch
in Behandlung.

C. akute Koliken

Nr. 44 :Schimmelstute, 2-jährig, Bayern-Brand,
soll zur Zucht eingesetzt werden

Vorbericht:

Vor 4 Tagen erste Kolikerscheinungen. Vom Tierarzt wurde eine Obstipation des großen Kolons links ventral festgestellt, ferner bestand eine Proctitis und am Rektumdach eine ca. kindskopfgröße Umfangsvermehrung; der harte und trockene Kot wurde durch den Tierarzt im Rektum mit der Hand zerkleinert.

Die Fütterung bestand auch während der Kolik aus Heu und angefeuchteter Weizenkleie.

Klinik:

Aufenthalt 35 Tage

Untersuchung im Stande der Ruhe:

eingefallene Flanken;

kräftiger Puls;

Peristaltik bds. vorhanden.

Rektale Untersuchung: harte, z.T. mit dunkelroter „Schleimhaut“ umgebene Kotballen; stark geschwollene und gerötete Darm-schleimhaut; die Umfangsvermehrung am Rektumdach war so groß, daß nur die Hand flach durchzuschieben war.

3 Tage nach Beginn der Behandlung war diese Umfangsvermehrung noch ca. zweifaut-groß, der Kot war weich-breig.

4.Tag: Temperatur 39,5° C;
Durchfall (dünn-breiig)

5.Tag: Temperatur 39,1° C;
Puls flach, gleichmäßig, unregelmäßig;

Laborwerte:

Bilirubin ges. 13,05

dir. 2,75

indir. 10,30

GLDH (Glutamat-Dehydrogenase) 6,0

Leuko: 8 200

Skg : 122/160

9.Tag: Temperatur 38,7° C;
Allgemeinbefinden schlecht;
überlaute Peristaltik;
wässriger Durchfall.

12.Tag: Temperatur 38,4° C;
Allgemeinbefinden etwas gebessert;
Kot weich-breiig;
starke Abmagerung.

Laborwerte:

Bilirubin ges. 7,2

dir. 1,67

indir. 5,53

GLDH über 37,6

Leuko: 11 400

Skg : 72/110

14.Tag: Temperatur 37,9° C;
Apathie; liegt viel;
Ödem an Unterbrust;
Konjunktivalschleimhäute verwaschen;
harter Kot im Rektum;
Umfangsvermehrung am Rektumdach ca.
walnußgroß.

Laborwerte:

Bilirubin ges. 4,67
dir. 0,86
indir. 3,81
GLDH 15,0

Leuko 18 300

SkG 74/100

23. Tag: Temperatur 37,3°C; Allgemeinbefinden wesentlich gebessert; frisst, trinkt; setzt geballten, relativ trockenen Kot ab; Oedem an der Vorderbrust deutlich gebessert.
Ernährungszustand ebenfalls gebessert.

Laborwerte:

Bilirubin ges. 1,43
dir. 0,61
indir. 0,82
GLDH 12,8

Leuko 8000

SkG 105/140

34. Tag: Allgemeinbefinden sehr gut; Flanken sind voll; Kot geballt und weich; Schwellung, Rötung und Umfangsvermehrung der Rektalschleimhaut völlig abgeklungen; Laborwerte im Bereich des Physiologischen.
Als Diagnosen konnten gestellt werden: Phlegmone am Rektumdach, Proctitis.

Die Behandlung erfolgte je nach Allgemeinbefinden und jeweiligem Befund mit Kreislaufmitteln, Infusionen, Salidiuretika, Klysmen, Sol.Aluminis 1%ig, Leberschutztherapie.

Nach der Entlassung aus der Klinik:

Allgemeinbefinden sehr gut, Futteraufnahme gut, Kotkonsistenz und -absatz normal, Ernährungszustand sehr gut. Das Pferd stand bei schönem Wetter den ganzen Tag auf der Koppel und wurde abends in den Stall zurückgebracht. 2 Monate später war lt. Besitzer dem Pferd "nichts mehr von seiner schweren Krankheit anzuerkennen und es trieb sämtliche Pferde auf der Koppel".

Nr. 45 : br. Stute, 7-jährig, Holländer, Zucht- und Freizeitpferd (unregelmäßig geritten).

Vorbericht:

Das Pferd war hochtragend; abends plötzliche Kolikerscheinungen mit Wälzen und starkem Schwitzen; keine Wasser- und Futteraufnahme; setzte auf dem Transport noch etwas Kot ab.

Die Fütterung bestand am Tag zuvor aus einer Portion gehackter Futterrüben.

Klinik:

Aufenthalt 3 Tage

Peristaltik links negativ, rechts positiv.
Rektale Untersuchung: eine Torsio uteri wurde ausgeschlossen, die Frucht lebte; durch das große Fohlen konnte keine genaue Diagnose gestellt werden; es wurde eine Kolonobstipation vermutet, da die Frucht relativ hoch lag und vermehrt Richtung Becken geschoben war.

Die Behandlung erfolgte durch Eingabe von Glaubersalz, Paraffinöl und einem Antitympanikum über die Nasenschlundsonde, ferner Kreislaufmittel, Spasmolytika und peristaltikanregende Mittel.

2.Tag: das Pferd setzte geballten, weichen Kot ab; die Peristaltik war links herabgesetzt, rechts positiv.

3.Tag: Kotabsatz normal;
Kot geballt, weich; Peristaltik bds. positiv. Eine rektale Untersuchung brachte keine Anzeichen für eine eventuell vorliegende Kolikursache mehr.

Nach der Entlassung aus der Klinik:

Schnelle Besserung; die Stute fohlte zwei Monate später ohne Komplikationen (auch ohne tierärztliche Hilfe) ab; das Fohlen war gesund. Das Pferd hat seitdem keine Kolikerscheinungen mehr gezeigt.

Die Fütterung bestand bis zum Abfohltermin aus Heu und gebrühter Weizenkleie mit Leinsamen und Salz.

D. rezidivierende Koliken

Nr. 46 : Schimmelstute, 9-jährig, Ung., Freizeitpferd (ca. 1 bis 2 Stunden täglich geritten)

Vorbericht:

Das Pferd zeigte immer nach größeren Anstrengungen Kolikerscheinungen; als Ursache wurde vom Tierarzt "Strohfressen" vermutet.

Klinik:

Aufenthalt 2 Tage

Rektale Untersuchung: eine derb-teigige, mittelgradige Anschoppung in der rechten ventralen Kolonlage. Ferner konnte ein hochgradiger Strongylidenbefall festgestellt werden.

Die Behandlung erfolgte unter Eingabe von Glaubersalz, Hefe und einem Antitympanikum, parenterale Gabe von Spasmolytika. Am darauffolgenden Tag wurde eine Kontrolluntersuchung durchgeführt, bei der keine Anschoppung mehr feststellbar war.

Nach der Entlassung aus der Klinik:

Nach der durchgeführten Entwurmung trat eine deutliche Besserung ein. Lt. Besitzer war das Pferd nach einigen Tagen wieder voll arbeits- und leistungsfähig. Vonseiten der Klinik wurde dem Besitzer geraten, das

Pferd mindestens 14 Tage nicht zu reiten, sondern es sollte täglich geführt werden. Die Stute wurde in einen anderen Stall gebracht, hat regelmäßige Fütterungszeiten und wird regelmäßig geritten; ferner gleichmäßige Futtermengen mit Beigabe von Leinsamen.

Als Einstreu wurde weiterhin Stroh verwendet. Das Pferd frisst immer noch kleine Mengen an Stroh, zeigte aber keine Kolikerscheinungen mehr.

Nr. 47 : Fuchswallach, 5-jährig, Poln.Trakehner sollte als Freizeitpferd verwendet werden

Vorbericht:

Das Pferd wurde im Februar 1974 gekauft; 14 Tage danach stellte sich zum ersten Mal Durchfall ein. Die Beschaffenheit des Kotes war einmal weich-breig, kleingeballt-hart bis dünnflüssig. Eine deutliche Verschlechterung mit auffallend häufigem Durchfall im Frühjahr 1975.

Klinik:

Rektale Untersuchung: weich-breiger Kot im Rektum; ein ca 2 cm breites, straffgespanntes "Band" von Höhe Blinddarmkopf nach cranio-medial verlaufend. Das Pferd lag häufig und verhielt beim Aufstehen sehr lange in "hundesitziger" Stellung. Am 5.Tag nach Einstellung brachte die

rektale Untersuchung eine starke Anschoppung des Blinddarmes mit deutlich spürbaren Taenien und Poschen.

Diagnose: chron. rezidivierende Caecum-obstipation.

Der Wallach wurde eingeschláfert und bei der Sektion stellte sich eine Hypertrophie der Blinddarmschleimhaut um ca. 3cm heraus.

Nr. 48 :br. Wallach, 6-jährig, Trakehner,
Spring- und Dressurpferd Klasse A.

Vorbericht:

Das Pferd hatte nachts sehr viel Stroh gefressen; morgens geringgradige Kolik-erscheinungen, rasche Verschlechterung bis zum Abend (Schwitzen, Wälzen).

Tierärztliche Vorbehandlung mit Spasmolytika und Kreislaufmittel. Es wurde als Diagnose eine Anschoppung im Dickdarm mit Meteorismus gestellt.

Klinik:

Puls frequent und flach; trockene Mundschleimhaut; bds. sistierende Peristaltik; Rektale Untersuchung: hochgradige Anschoppung der linken ventralen Kolonlage und der Magenähnlichen Erweiterung mit lokalem Meteorismus.

Behandlung: Über NSS (kein Überdruck) Eingabe von Glaubersalz, Spasmolytika,

Infusionen, Enterocentese, Seifenwasser-Klyisma, Kreislaufmittel.
Einen Tag später setzte das Pferd harten, geballten Kot ab. Die rektale Kontrolluntersuchung ergab eine starke Anfüllung des kleinen Kolons mit kleingeballtem, hartem Kot; die Anschoppung hatte sich aufgelöst; einige Jejunumschlingen waren geringgradig aufgegastr. Nochmalige Behandlung mit einem Seifenwasser-Klyisma, Spasmolytika, Infusionen.

Abermals einen Tag später setzte der Wallach normal geballten, weichen Kot ab, die Peristaltik war bds. positiv.

Ein dreiviertel Jahr später wurde das Pferd wieder eingeliefert wegen Kolikerscheinungen.

Vorbericht:

8 Tage vorher plötzliches Schwitzen und samt Reiter hingeworfen; schnelles Abtrocknen und danach wieder normales Verhalten. Am nächsten Tag erneut samt Reiter hingeworfen. Dies geschah noch 3 bis 4 mal.

Die Fütterung bestand aus 8 Pfund Hafer/Tag, Heu und Kraftfutter.

Klinik:

Peristaltik bds. überlaut;

Rektale Untersuchung: das ganze Rektum voll mit geballtem, trockenem und schlecht verdautem Kot, ebenso im kleinen Kolon geballter, fester Kot (perlschnurartig).

Nach der Behandlung mit 1%igem Atropin war die Peristaltik 5 Minuten nach der Injektion wieder physiologisch. Gleiches wiederholte sich am nächsten Tag.

Diagnose: Vagotonie

Nach der Entlassung aus der Klinik:

Schnelle Besserung. Nach 14 Tagen wurden wieder die ersten Trainingsarbeiten aufgenommen. Lt. Besitzer war das Pferd nach 4 bis 5 Wochen wieder voll arbeits- und leistungsfähig.

Die Fütterung bestand aus Heu und "Mash".

Ein halbes Jahr nach der Entlassung aus der Klinik traten nach den Worten des Besitzers "immer häufiger Kolikanfälle auf, die jedoch ohne Ausnahme durch Aufregung hervorgerufen wurden. Es mußte kein Tierarzt hinzugezogen werden, da sich immer eine Besserung nach ca. 15 Minuten einstellte".

E. Sonstige

Nr.50 : Schimmelstute, 9-jährig, Hannoveraner, ehemals Springpferd bis Klasse M(lt. Besitzer wegen "sich abzeichnender Verschleißerscheinungen der linken Hinterhand Beendigung der Springpferdelaufbahn").

Vorbericht:

Mitte 1973 wurde bei der Stute eine Schlundverstopfung festgestellt(deutliche Schluckbeschwerden, Futter-und Wasseraufnahme verweigert). Es wurden vorher gepreßte nicht aufgekochte Rübenschnitzel verfüttert. Diese Schlundverstopfung konnte lt. Besitzer "mit der Nasenschlundsonde behoben werden". Durch die gleichen Ursachen entstand Wochen später abermals eine Schlundverstopfung, wobei beim Versuch des Lösen der Schlund verletzt wurde. Die Stute verlor eine große Menge Blut und erhielt wegen starker Unruhe zwei Beruhigungsspritzen. Daraufhin lag das Pferd 15 Stunden auf der Weide und machte vergebliche Aufstehversuche. Als sie gewaltsam aufgerichtet wurde, und - mit den Worten des Besitzers - "wieder bei Bewußtsein war", drohte sie "innerlich auszutrocknen". Die Stute war zudem trächtig.

Klinik:

Aufenthalt 16 Tage

Untersuchung im Stande der Ruhe:

Es bestanden keine Anzeichen einer Schlundverstopfung mehr.

Puls kaum fühlbar; Konjunktivalschleimhäute verwaschen; Skleren und Mundschleimhaut hochgradig ikterisch;

mittelgradige Exsikkose; Nasen- und Augenausfluß, Temperatur 37,7°C.

Laborwerte:

Bilirubin ges. 8,20	SGOT 1780
dir. 0,80	SGPT 30
indir. 7,40	LDH 2100

Ery 9,08

Leuko 4200

Skg 62/120

Die Behandlung erfolgte mit Leberschutzpräparaten und Antibiotika.

In der Nacht vom 4. auf den 5. Tag abortierte die Stute. Eine gynäkologische Untersuchung ergab eine hochgradige Endometritis, die erfolgreich behandelt wurde.

Am 16. Tag war das Allgemeinbefinden gut, der Appetit mäßig, Kot normal, Blut- und weitere Laboruntersuchungen lagen im Bereich der Norm.

Nach der Entlassung aus der Klinik:

Zur schnelleren Besserung des Allgemeinbefindens wurde die Unterbringung in der heimatlichen Boxe empfohlen. Lt. Besitzer erholte sich die Stute innerhalb weniger Wochen. Ein 1/2 Jahr später war das Pferd wieder voll "hergestellt" und bereits wieder trächtig.

Nr. 51 : Fuchsstute, 8-jährig, Holländer,
Freizeitpferd (regelmäßig tägl.
2 Stunden geritten)

Vorbericht:

Es drohte die Gefahr der Erstickung nach
unsachgemäßer Rübenschnitzelfütterung.
Das Pferd wurde direkt in die Klinik ge-
bracht. Für den Transport wurde vom Tier-
arzt ein Herzmittel gegeben.

Klinik:

Aufenthalt 6 Tage

Die Schlundverstopfung wurde in Narkose
in der Chirurgischen Tierklinik freige-
spült.

Nach dem Aufwachen zeigten sich Symptome
einer Schluckpneumonie.

1.Tag: häufiger Husten mit viel Sputum;
Regurgitieren nach 1 bis 2 Schluck
Wasser (schaumige Futtermassen aus
der Nase);

Lungenauscultation: verschärft vesikuläres
Atemgeräusch über das gesamte Lungenfeld,
im unteren 1/3tel mit Giemen.

Es wurde nochmals per Nasenschlundsonde der
Oesophagus gespült (Widerstand kurz vor
der Kardie; ca. 200 ml an Futterteilen).
Es trat eine deutliche Besserung des All-
gemeinbefindens auf.

4.Tag: Temperatur 37,6°C; frisst und trinkt
wenig.

Lungenauscultation: geringgradig verschärft
vesikuläres Atmen ohne Giemen.

Am 6.Tag wird das Pferd mit Fütterungsanweisung entlassen, nachdem sich der Auskultationsbefund der Lunge und das Allgemeinbefinden weiter gebessert hatten.

Nach der Entlassung aus der Klinik:

Weitere Besserung; das Pferd kam 1 Monat auf die Koppel. Nach 2 Monaten war die Stute lt. Besitzer wieder voll arbeits- und leistungsfähig.

Nr. 52 : Rappwallach, 6-jährig, Oldenburger, Dressur- und Springpferd Klasse A

Vorbericht:

Seit dem Haarwechsel im Oktober 1970 starkes Schwitzen bei geringer Belastung, schnelle Ermüdungserscheinungen.

Klinik:

Aufenthalt 23 Tage

Leptospirose-Titer:

L.grippotyphosa 1 : 2000 positiv

L.bovis 1 : 200

Das Pferd wurde mit Penicillin behandelt, ferner wurde eine Leberschutztherapie durchgeführt. Das Allgemeinbefinden besserte sich deutlich. Die Kontrolluntersuchung nach 10 Tagen erbrachte die gleichen Leptospirose-Titer.

Nach der Entlassung aus der Klinik:

Lt. Besitzer vollkommen gesund und "es war 2 Monate später wieder voll arbeits- und einsatzfähig. Das Pferd geht in- zwischen Dressurprüfungen der Klasse L".

Nr. 53 : br. Stute, 6-jährig, Westfale,
Spring- und Dressurpferd Klasse A

Vorbericht:

14 Tage vor Einlieferung in die Klinik nahm das Pferd nur wenig Futter auf. Der behandelnde Tierarzt stellte die Diagnose: "Keülkopffentzündung". Von sich aus ließ der Besitzer dem Pferd über einige Tage Kamillendämpfe einatmen; der Krankheitszustand verschlechterte sich täglich, sodaß das Tier fast kein Futter mehr schlucken konnte und beim Tränken lief das aufgenommene Wasser wieder aus der Nase zurück. Auf Anraten des Tierarztes wurde die Stute in die Klinik gebracht. Lt. Besitzer war das Pferd auf dem Transport in die Klinik sehr unruhig. Dabei kam viel "Schleim" und auch etwas Blut aus der Nase.

Klinik:

Aufenthalt 3 Tage
vergrößerte und schmerzhaft Mandibular-
lymphknoten, gerötete Nasenschleimhäute,
muko-purulenter Nasenausfluß

Diagnose: Druse

Behandlung: Einreibungen lokal, Antibiotika

Auf Wunsch des Besitzers wurde das Pferd vorzeitig und ungeheilt entlassen.

Nach der Entlassung aus der Klinik:

Das Pferd kam täglich auf die Weide und es zeigte sich (lt. Besitzer) eine schnelle Besserung; nach ca. 6 Wochen wurde es wieder "normal" geritten.

Nr. 54 : br. Wallach, 8-jährig, Freizeitpferd
(ehemaliger Traber, täglich bis zu
3 Stunden ins Gelände)

Vorbericht:

Ein 1/2 Jahr nach dem Kauf wurde bemerkt, daß das Pferd in den Flanken immer mehr einfällt; die Abmagerung nahm laufend zu. Hinzu kam eine Lahmheit (nach den Worten des Besitzers eine "atrophische Steifheit"), später wurde eine "Schwäche der linken Schulter" diagnostiziert. Die Lahmheit wurde "erfolgreich behandelt", die Abmagerung blieb bestehen.

Klinik:

Aufenthalt 11 Tage

Die Laborwerte lagen im Bereich der Norm. Kotuntersuchung: mittelgradiger Strongylidenbefall; vereinzelte Zahnschälchen.

Herzauskultation: systolisches Geräusch rechts (Trikuspidalis).

Rektale Untersuchung (Epiduralanästhesie): eine Umfangsvermehrung (ca. faustgroß) in der Medianen mit höckeriger derber Oberfläche in Höhe der vorderen Gekröswurzel.

Diagnose: Herzklappenfehler, Tumorverdacht.

Das Pferd wurde entwurmt und die Zähne geraspelt; auf eine Probelaparotomie mußte aus technischen Gründen verzichtet werden.

Nach der Entlassung aus der Klinik:

Der Wallach hat lt. Besitzer zugenommen (Kleiefütterung); er wird normal geritten; kaum noch Weidegang. Gelegentliche Lahmheiten treten bis heute auf.

Abkürzungen zu den Tabellen I bis V :

A	= Antibiotika
Aero	= Aerosol
aHi	= Antihistaminika
Ana	= Anabolika
Bestr	= Bestrahlungen
Dig	= Digitalis
Exp	= Expektorantien
GS	= Gegensensibilisierung
Ichth	= Ichthyol-Salbe 30%ig
Kreisla	= Kreislaufmittel
K	= Kortison-Präparate
Lebersch	= Leberschutz-Therapie
Sali	= Salidiuretika
Spasmo	= Spasmolytika
TA	= Tierarzt
Vit	= Vitamin-Präparate

		Seite	Kasuistik
Tabelle I	:	65 - 73	Nr. 1 bis 30
Tabelle II	:	74 - 78	Nr.31 bis 43
Tabelle III	:	79	Nr.44 bis 45
Tabelle IV	:	80 - 81	Nr.46 bis 49
Tabelle V	:	82 - 83	Nr.50 bis 54

Tabelle 1 : A. Erkrankungen der Lunge und/oder des Herzens

lfd. Nr.	Art Alter	Verwendung	in Besitz seit	Stall- wechs. d. Erkr.	1. An- zeichen d. Erkr.	Belast. während d. Erkr.	Diagnosen	Behandlung	Dauer d. Bess. und Verlauf	voll be- lastbar u. ein- satzfähig	weiter- Verlauf	Tier- arzt- Kost.
1	Hann. Fuchs- Wall. 8-jä.	Frei- zeit- pferd	1966	1x	Febr. 1969 feucht. Husten, Nasen- ausfluß	ja	TA: infek- Bronchitis Klinik: chron. Bronch. mit Lungen- randleistungen	unbek. Klinik: K, A, Exp	ca. 2 Monate geringer. Besserung; bei ger. Be- last. an der Lunge starke Dyspnoe	nein	1970 ge- schlach- tet	ca. 500.-
2	Hann. Rapp- Stute 8-jä.	Dressur- pferd Klasse L	1968	3x	Herbst 1969 Husten	nein	TA: hochgrad. chron. Bron- chitis mit Lungen- weiterung Klinik: chron. Bronch. mit Rand- emphysem u. Lungen- weiterung	TA: K, A, Exp Klinik: K, A, Exp, Ana, AHI	geringe Bes- serung nach 1 Jahr Weide- gang	lt. Be- sitzer ab Febr. 1972	weiter in Besitz	ca. 1500.-
3	br. Hann. Wall. 5-jä.	schle- chte Dressur- pferd einges- etzt werden	1970	unbek.	8 Woch. nach Kauf u. Schutz- impfung Husten, Temp., Nasen- ausfluß	ja	TA: Lungenent- zündung Klinik: Bronchopneu- monie	Klinik: K, A, Exp	kurzzeitige Besserung; insgesamt zunehmende Verschlechterung.	nein	Sept. 1973 ge- schlach- tet	ca. Hohl- schalen Kauf- preis

lfd. Nr.	Art Alter	Verwen- dung	in Besitz seit	Stall- wechs.	1. An- zeichen d. Erkr.	Belast. während d. Erkr.	Diagnosen	Behandlung	Dauer d. Bess. und Verlauf	voll be- lastbar u. ein- satzfähig	weiter. Verlauf	Tier- arzt- kost.
4	Rott. wall. 7-jä.	Frei- zeit- pferd (2 Std. tägl. geritt.)	1965	unbek.	Jan. 1969 Husten	nein	TA: Bronchit. Klinik: Bronchopneu- monie, Lepto- spirose	unbek. Klinik: A, Exp	leichte Besserung	nein	Mai 1972 ge- schlach- tet	ca. 1000.-
5	br. Bayer. Stute 9-jä.	Spring- pferd bis Klasse L	1970	2x	1971 Nüdigk., Temp., Inappe- tenz	nein	TA: Anfangs- stadium e. Lungenent- zündung Klinik: Mikrobronch., Herzmuskel- Aero, AHI, Schaden	TA: A Klinik: K, A, Exp, Aero, AHI, Dig	zunächst ständige verschleht; nach Weide- gang Bess.	lt. Besitzer ab April 1972	weiter in Besitz	ca. 860.-
6	dklbr. Bayer. wall. 4-jä.	soll als Spring- pferd einge- setzt werden	1971	unbek.	1971 Luft- mangel, Lei- stungs- abfall, Husten	ja	TA: Kehlkopf- pfeifer Klinik: Kehlkopf- pfeifer, Laryngitis, Bronchitis	unbek. Klinik: K, A, Exp, Aero	nach Weide- gang Bess., aber immer wieder Nasen- ausfluß; das pferd wurde in eine and. Gegend ge- bracht.	nein	weiter in Besitz	ca. 3000.- bis 4000.-
7	Hann. Fuchs- Stute 10-jä.	Dressur- pferd bis Klasse M	1967	2x	1971 Lahmheit, Husten	unbek.	TA: Dampf, Huf- rollenentz. Klinik: Huf- rollenentz., Dampf	TA: K, A, Klinik: K, A, Exp, Aero	Verschleht.	nein	ge- storben	ca. 2000.-

lfd. Nr.	Art Alter	Verwendung	in Besitz seit	Stall- wechs.	1. An- zeichen d. Erkr.	Belast. während d. Erkr.	Diagnosen	Behandlung	Dauer d. Bess. und Verlauf	voll be- lastbar u. ein- satzfähig	weiter. Verlauf	Tier- arzt- kost.
8	Holst. Stute 9-jä.	Spring- pferd bis Klasse	1968	unbek.	Frühjahr 1972 Husten	nein	TA: Mikro- bronchitis Klinik: chron. Mikro- bronchitis	TA: A, Vit, K Hustenspülv. Klinik: K, A, AHI, Exp, GS	kurzzeitige Besserung von ca. 2 Wochen, danach wieder Atembeschwerd.	nein	ge- tötet	ca. 2500.-
9	br. Westf. Wall. 4-jä.	sollte als Spring- pferd einge- setzt werden	1969	unbek.	Früh- jahr 1973 spontan. Husten, Atemnot	nein	TA: hochgrad. akute Lun- genentzünd. Klinik: chron. Mikrobronch.	TA: A, Exp, Vit, Exp, GS, Kreisl., Aero	Besserung für ca. 6 Monate, danach erneut Husten, Temp., Atemnot	nein	ge- schlachtet 1976	ca. 3000.- bis 4000.-
10	Hann. Fuchs- wall. 5-jä.	Spring- pferd Klasse A	1972	3x	14 Tage nach Kauf Husten, Temp., Müdigk., Lei- stungs- abfall	ja	TA: Bronchitis Klinik: Mikrobronch.	TA: K, A, Hustenspülv., Strychnin Klinik: A, Exp, GS	kaum ge- bessert	nein	ver- kauft	ca. 2500.-
11	Trak. wall. 14-jä.	Schul- pferd	1971	1x	beim Kauf Husten, Temp., Müdigk. (war Be- sitzer bekannt)		TA: chron. Bronch. mit Lungenemphys. Klinik: Obst. Kollik, Lun- genemphysem, Herzinsuff. Lung. - erweitert	TA: K, A, Klinik: K, A, Exp, Aero, Dig, Spasmo Kreisl.	geringer. Bess. für kurze Zeit; bei Wetterwechs. Kreislauf- schwäche und Atemnot; ist in TA-Beh. bis heute	nein	weiter in Besitz	ca. 6000.- bis 7000.-

lfd. Nr.	Art Alter	Verwen- dung	in Besitz seit	Stall- wechs.	1. An- zeichen d. Erkr.	Belast. während d. Erkr.	Diagnosen	Behandlung	Dauer d. bess. und Verlauf	voll be- lastbar u. ein- satzfähig	weiter. Verlauf	Tier- arzt- kost.
12	Hann. Kapp. Stute 9-jä.	Frei- zeit- pferd (ca. 2 Std. Bahn od. Gelände)	1966	unbek.	1968 Husten, Lähm- heit	ja	TA: Hufrol- lenentzünd., Bronchitis Klinik: Huf- rollenent- zündung, Laryngitis/ Pharyngitis	unbek. Klinik: Nerven- schnitt, Rachen- duschen	Besserung für ca. 2 Jahre, danach erneut spontaner Husten	nein	ge- schlacht. ca. 1000.-	
13	br. Bayer. Hengst 4-jä.	Kutsch- pferd	1969	unbek.	April 1972 Lumbago, Husten	ja	TA: Lumbago, nicht infek- t. Bronchitis u. Laryngitis Klinik: chron. Bronchitis, Herzklappen- fehler (Pul- monalis), Herzmuskelsch.	TA: K, A, Exp Exp, Dig, Vit-E-Acet, Kastration; erneut Husten und Verschlech.	in den ersten Wochen keine Bess., festzu- stellen, da- nach "fort- schreitend"; symptomfrei"; gefahren; Kastration; erneut Husten und Verschlech.	lt. Besitzer ab Frühjahr 1974	Winter 1974/75 ca. 3100.- ge- schlacht.	
14	br. Meckl. Stute 8-jä.	Spring- pferd bis Klasse L	1970	3x	Sept. 1973 Husten	nein	TA: Erkältung, Lungenentzü. Klinik: Bronchitis mit Lungen- erweiterung, Pharyngitis	TA: unbek. Klinik: K, A, Exp, Rachen- duschen	wesentl. Bess. wird nicht mehr geritten unbeschränkt. Weidegang, leidet bei Wetterwechsel an leichten Atembeschwerd.	nein	weiter in Besitz ca. 1000.-	

lfd. Nr.	Art Alter	Verwen- dung	in Besitz seit	Stall- wechs.	1.An- zeichen d.Erkr.	Belast. während d.Erkr.	Diagnosen	Behandlung	Dauer d.Bess. und Verlauf	voll be- lastbar u.ein- satzfähig	weiter- Verlauf	Tier- arztl. kost.
15	Hann. Fuchs- Wall. 9-jä.	Dressur- pferd bis Klasse L	1972	1x	Frühjahr 1973 Husten	ja	TA: Bronchit. Klinik: chron. Mikro- bronchitis mit Lungen- erweiterung, Pharyngitis	TA: K, A, Klinik: K, A, Exp, Vit, Aero, Rachen- schaden	für 4 Wochen gebessert, da- nach Rezidiv; Weidegang, keine Belast. nochmalige TA-Behandlung	nein	weiter in Besitz	ca. 5000.-
16	br. Hann. Wall. 10-jä.	Hobby- pferd	1970	1x	Sommer 1972 Husten, Müdigk., Leis- tungs- abfall	nein	TA: Erkältung Klinik: Bronchitis Reizleitungs- störungen	unbek. Klinik: K, A, Exp, Vit-E-Acet	ständige Bess. bei weiter- wechsel immer wieder Husten	lt. besitzer ab Juni 1974	weiter in Besitz	ca. 7000.-
17	br. Bayer. Stute 8-jä.	Spring- pferd bis Klasse S	1969	4x	Winter 1971/72 Husten	ja	unbek. Klinik: Mikro- bronchitis mit Lungen- erweiterung; Isolierung v. Reoviren.	TA: K, A, Klinik: K, A, exp, Aero	Besserung des Zustandes; im Mai 74 gedeckt Nov. 74 Abort, wird nicht geritten;	nein	weiter in Besitz	1200.-
18	br. Hann. Stute 9-jä.	Frei- zeit- pferd	1971	1x	3 Mon. nach Kauf kurze Hust.- anfälle	ja	TA: Kehlkopf- husten Klinik: Pharyngitis/ Laryngitis Herzmusk.- schaden, AV- Blocks	TA: Jod Klinik: Ruhigstell- u. Schonung f. 1/2 Jahr	2 Mon. Weide- gang, danach geritten; ge- häufte Hust.- anfälle, forc. Atmung, "Dampftrinne"	nein	weiter in Besitz	ca. 4000.-

lfd. Nr.	Art Alter	Verwen- dung	in Besitz seit	Stall- wechs.	1. An- zeichen d. Erkr.	Belast. während d. Erkr.	Diagnosen	Behandlung	Dauer d. Bess. und Verlauf	voll be- lastbar u. ein- satzfähig	weiter. Verlauf	Tier- arzt- Kost.
19	Bayer Wall. 8-jä.	Viel- seitig- keits- pferd (tägl. bis zu 2 Std. geritt.)	1969	unbek.	Früh- jahr 1973 Husten	ja	TA: Bronchit. Pharyngitis Klinik: chron. Mikro- bronchitis mit Lungen- erweiterung	TA: K, A, Klinik: K, A, Exp, Aero	ca. 14 Tage hustentfrei; erneut Hust., schlechte Ver- einsetzen d. Trainings; abermäßige Beh. brachte keine Bess.	nein	ge- schlacht. ca. 1000.-	
20	br. Hann. Wall. 16-jä.	Dressur- pferd bis Klasse S	1971	1x	Sommer 1973 Husten, Nasen- ausfluß	ja	TA: Pharyngitis Klinik: Pharyngitis, Mikrobronch., Herzklappen- fehler (pul- monalis)	TA: Husten- pulver Klinik: K, A, Exp, Aero, Rach.- duschen	keine Bess. d. Allgemeinzu- standes; immer wieder Hust.; bei gutem Wetter Weide- gang; gelegent- lich Nasen- ausfluß; wird noch tier- ärztl. beh.	nein	weiter in Besitz ca. 2000.-	
21	Hann. Schim- mel- Stute 8-jä.	Spring- pferd bis Klasse L	1970	unbek.	Sept. 1973 Husten	nein	TA: chron. Bronchitis Klinik: chron. Bronchitis mit Lungen- erweiterung	TA: K, A, Klinik: K, A, Exp, Aero	kaum eine Besserung eingetreten; 2 Monate später Atem- not	nein	ge- schlacht. ca. 600.-	

lfd. Nr.	Art Alter	Verwen- dung	in Besitz seit	Stall- wechs.	1. An- zeichen d. Erkr.	Belast. während d. Erkr.	Diagnosen	Behandlung	Dauer d. Bess. und Verlauf	voll be- lastbar u. ein- satzfähig	weiter. Verlauf	Tier- arzt- kost.
22	Hann. sollte Fuchs- als Stute 4-jähr. einge- setzt		1972	1x	Sommer 1973 Husten	nein	TA: chron. Bronchitis Klinik: chron. Bronchitis mit Lungen- erweiterung	TA: K, A, Exp, Aero Klinik: K, A, Exp, Aero, Rachen- duschen	keine Bess., Klimawechs.; an Druse er- krankter, neuter Hust.	nein	ge- schlacht. ca. 1000.- bis 2000.-	
23	Lipp. Dressur- Wall. pferd bis 11-jähr. Klasse L		Ostern 1974	4x	Pfingst. 1974 Husten, nasen- ausfluß	ja	TA: Hoppe- gartner Hust. Klinik: chron. Bronchitis	TA: unbek. Klinik: K, A, Exp, Aero	Pferd hustet immer wieder; Nachunter- suchungen: path. Lungen- gerausche wechselnder Intensität	nein	weiter in Besitz ca. 2500.-	
24	Hann. Spring- Schim- pferd mel- bis Wall. Klasse M 9-jähr.		1972	2x	schon beim Vorbes. Husten; 1974 Husten- anfälle	ja	TA: 1. Kehlkopf- katarrh 2. chron. nicht infek- t. Husten Klinik: chron. Mikro- bronchitis mit Lungen- erweiterung	TA: K, A, Bestr Klinik: keine Behandl. mehr gewünscht	nicht bekannt	nein	ge- schlacht. ca. 5000.-	

lfd. Nr.	Art Alter	Verwen- dung	in Besitz seit	Stall- wechs.	1.An- zeichen d.Erkr.	Belast. während d.Erkr.	Diagnosen	Behandlung	Dauer d.Bess. und Verlauf	voll be- lastbar u.ein- satzfähig	weiter. Verlauf	Tier- arzt- kost
25	br. Bayer. Stute 7-jä.	Frei- zeit- pferd (Reit- und Kutsch- pferd)	1967	unbek.	1970 Husten, Temp.		TA: Bronch. Klinik: chron. Mikro- K.A, Exp, bronchitis Aero, Ana, mit Lungen- erweiterung, beidseitiges Lungenrand- emphysem	TA: K, A, Klinik: K, A, Exp, Aero, Ana, GS	ca. 3 Wochen nicht gehustet, danach erneut auffallsartig. Husten, bei Wetterwechs. Kuhedyspnoe	nein	weiter in Besitz	ca. 2000.-
26	br. Westf. Wall. 13-jä.	Spring- und Dressur- pferd bis Klasse M	1968	unbek.	1972 Husten, Lahmheit	nein	TA: Ent- zündung der ob. Luftwege Klinik: Pharyngitis, Aero, Exp, Rach- duschen chron. Mikro- bronchitis ohne Lungen- erweiterung	TA: K, A, Klinik: K, A, Ana, Aero, Exp, Rach- duschen	ca. 14 Tage nicht gehustet, auf d. Koppel gelegentlich ge- hustet; bei feuchter Wit- terung ver- stärkt Hust.	nein	weiter in Besitz	ca. 3000.-
27	Bayer. Fuchs- Wall. 13-jä.	Spring- pferd bis Klasse S	1970	2x	1972 Husten, Nasen- ausfluß	ja	TA: Lungen- emphysem Klinik: Lungenemphy- mit Bronch.- symptomen	TA: K, A, Klinik: keine Behandl.	d. Pferd wurde 8 Wochen spät. nochmals vor- gestellt, wo- bei e. hochgr. Lungenemphysem diagnost. wer- den konnte	nein	ge- schlacht	ca. 800.-

lfd. Nr.	Art Alter	Verwen- dung	in Besitz seit	Stall- wechs.	1. An- zeichen d. Erkr.	Belast. während d. Erkr.	Diagnosen	Behandlung	Dauer d. Bess. und Verlauf	voll be- lastbar u. ein- satzfähig	Weiter- Verlauf	Tier- arzt- kost.
28	Bayer. Fuchs- Stute 5-jä.	Spring- pferd bis Klasse L	1973	1x	1974 Husten	ja	unbek. Klinik: Herzinsuff., chron. Stau- ungsbronch. mit Rand- emphysem lks.	unbek. Klinik: keine Behandl.		nein	ge- schlacht 1500,-	ca.
29	dklbr. Hann. Stute 8-jä.	Spring- pferd bis Klasse L	1969	1x	1973 Husten, Atemnot	ja	unbek. Klinik: chron. Mikrobronch. mit Lungen- erweiterung, Lungenrand- emphysem lks.	TA: K, A, Klinik: K, A, Exp, AHI, Aero, Ana	deutl. Bess. nach 3-6 Wo.; 7 Monate nicht gefittert; Druse; erneut 4 Mo. Ruhe; auf Jagden ge- ritten; 5 Mo. später Hust. u. Nasenausfl.	nein	weiter in Besitz	ca. 1200,-
30	br. Hann. Wall. 11-jä.	Spring- pferd bis Klasse M	1970	1x	nach d. Kauf spontaner Husten; 1972 mit Temp., Lei- stungs- abfall	ja	TA: Dampf Klinik: Herzklappen- fehler (pul- monalis), Stauungs- bronchitis	unbek. Klinik: keine Behandl.	3 Mo. Ruhig- stellung; da- nach ohne gr. Belast. ge- ritten; weibl. Nasenausfluß; bei Weiter- wechsel ver- stärkt Husten	nein	weiter in Besitz	ca. 1500,-

Tabelle II : B. Erkrankungen der oberen Luftwege

lfd. Nr.	Art Alter	Verwen- dung	in Besitz seit	Stall- wechs.	1. An- zeichen d. Erkr.	Belast. während d. Erkr.	Diagnosen	Behandlung	Dauer d. Bess. und Verlauf	voll be- lastbar u. ein- satzfähig	weiter. Verlauf	Tier- arzt- kost.
31	Bayer. Fuchs- Wall. 6-jä.	Dressur und Spring- pferd bis Klasse L	1964	3x	Herbst 1967 u. 1968; 1969 mit Atemnot	ja	TA: ansteck. Husten Klinik: Laryngitis/ Pharyngitis	TA: A, Exp Klinik: K, A, Rache- duschen	3 Mo. nicht ge- hustet; da- nach mindest. 3x/Jahr läng. anhaltende Hustenprio- den, dabei ständiger Hust. beim Reiten	nein	April 1971 ver- kauft	ca. 2000.-
32	Schim- mel- Wall. 9-jä.	Frei- zeit- pferd (Halle und Gelände unreg.- mäßig)	1968	4x	Husten, weißl. Nasen- ausfl.)	ja	unbek. Klinik: Katarrh der ob. Luftwege, Verhärtung d. Ohrspeichel- drüse	unbek. Klinik: K, A,	nach 3 Wo. wieder ge- ritten; keine gr. Belastung; immer wieder gehustet	nein	1972 ver- kauft	ca. 520.-
33	Hann. Fuchs- Wall. 7-jä.	Dressur pferd bis Klasse L	1971	unbek.	Sommer 1973 u. Winter 73/74 Husten; Juni 74 "ikt. Er- schein."; Temp., Lei- stungs- abfall	nein	unbek. Klinik: Pharyngitis, Leptospirose	unbek. Klinik: Lebersch. A, Aero, Ra- duschen	2 Tage nach Entl. wieder geritten; hin und wie- der das kurzes "Abhusten"	ja	weiter in Besitz	keine Angaben

lfd. Nr.	Art Alter	Verwendung	in Besitz seit	Stallwechs.	1. Anzeichen d. Erkr.	Belast. während d. Erkr.	Diagnosen	Behandlung	Dauer d. Bess. und Verlauf	voll belastbar u. ein-satzfähig	weiter. Verlauf	Tier-arzt-kost.
34	Bayer. br. Wall. 8-jä.	Springpferd bis Klasse L	1971	unbek.	März 1973 Husten	ja	unbek. Klinik: Pharyngitis	unbek. Klinik: K, A, Aero, Rachendun-	hustet wesentlich weniger; bei Belast. kein Husten hörbar Pferd ist auf 5 Fuchsjagden wieder geritten worden	ja	weiter in Besitz	ca. 1000.-
35	Br. Bayer. Wall. 6-jä.	Springpferd Klasse A	1970	2x	1973 Husten	nein	TA: Bronch., Kehlkopf-pfeifer Klinik: Pharyngitis, Herzmuskel-schaden, Reiz-leitungs-störungen	unbek. Klinik: Rachendun-schen, K, A, horbar Klinik: Aero, Revit-org, Nr. 6, Vit-E-Acet	Pferd wurde 3 Mo. tagl. geführt; danach 4 Wo. im Schritt geritten; kein Husten mehr	ja	weiter in Besitz	ca. 1000.-
36	Br. Hann. Wall. 7-jä.	Dressurpferd bis Klasse L	1973	3x	1973 Husten, Nasen-ausfluß	ja	unbek. Klinik: Chron. Pharyngitis, Mikrobronch., Herzklappen-fehler (Aorta	unbek. Klinik: Rachendun-schen, K, A, Aero, Exp, Vit-E-Acet., Re-vitorg. Nr. 6	keine Veränd. d. Zustandes (Aussage des Besitz. nach 1 1/2 Jahren); gelegentlich Husten und Nasenausfluß	lt. Besitzer ja ab Jan. 1974	weiter in Besitz	ca. 500.-

lfd. Nr.	Art Alter	Verwendung	in Besitz seit	Stallwechs.	1. Anzeichen d. Erkr.	Belast. während d. Erkr.	Diagnosen	Behandlung	Dauer d. Bess. und Verlauf	voll lastbar u. einsatzfähig	weiter. Verlauf	Tierarzt-kost.
37	Hann. Fuchs-wall. 5-jä.	Spring-pferd bis Klasse L, Dressur-pferd Klasse A	1973	1x	2 Tage nach Kauf Husten, Februar 1974 ver-stärkt. Husten	ja	unbek. Klinik: Pharyngitis Herzklappen-fehler (Stenose d. Semilunarkl.)	unbek. Klinik: Ra-chenduschen A, Aero	Pferd war 3 Mo. auf einer Koppel; danach Training; kein Husten mehr	ja (lt. Bes.)	weiter in Besitz	ca. 1200.-
38	Hann. Schim-mel-wall. 8-jä.	Jagd-pferd	1965	2x	1971/72 Husten	nein	TA: Katarrh d. ob. Luftwege Klinik: Pharyngitis	TA: Husten-saft Klinik: Ra-chenduschen GS, A	8 Wo. Weide-gang; ab Jan. 74 erneut Husten; keine weit. Behandlung	nein	ge-schlacht. (nach Angaben d. Bes. Geduld ver-loren)	ca. 2000.-
39	br. Halb-blut-wall. 8-jä.	Spring-pferd bis Klasse M	1972	unbek.	bei Kauf leicht. seröser Nasen-ausfluß, 1973 eitriger Nasen-ausfluß	unbek.	unbek. Klinik: Pharyngitis/Laryngitis	unbek. Klinik: Ra-chenduschen, A,	1 Jahr spät. wieder vor-gestellt; hatte wieder gehustet, Diagnose TA: Kehlkopfhust. Klinik: Mikro-bronchitis mit Lungen-erweiterung	nein	wurde im Juli 1973 weiter-verkauft	keine Angaben

lfd. Nr.	Art Alter	Verwendung	in Besitz seit	Stall- wechsel	1. An- zeichen d. Erkr.	Belast. während d. Erkr.	Diagnosen	Behandlung	Dauer d. Hess. und Verlauf	voll be- lastbar u. ein- satzfähig	weiter- Verlauf	Tier- arzt- kost.
40	br. Bayer. Wall. 10-jä.	Dressur- pferd bis Klasse M	1970	1x	1972 Husten	ja	Klinik: Pharyngitis/ Laryngitis	Klinik: Rachen- duschen, A,	immer wieder gehustet; schlecht be- lüfteter Stall; März 75 Schwitzen u. Austenanfalle; Diagnose: Bronchitis	nein	noch in Behandl.	ca. 500,-
41	br. Holst. Hann. Wall. 6-jä.	Dressur- pferd bis Klasse L	1971	unbek.	1973 Husten	ja	Klinik: Pharyngitis	Klinik: Rachendu- schen, A,	2 Mo. nicht geritten; Herbst 74 er- neut gehust.; Nachuntersuch. Diagnose: Mikrobronch.	nein	nein	ca. 100,-
42	br. Westf. Wall. 7-jä.	Spring- pferd bis Klasse L	unbek.	unbek.	14 Tage nach Kauf Stenosen- geräusch	nein	TA: Kehlkopf- pfeifer Klinik: Pharyngitis/ Laryngitis	Klinik: Rachendu- schen, A,	6 Wo. Weide- gang; Zustand verschlechtert.; 1974 Kehlkopf- op.; (lt. Bes. lks. totale, re. 50%ige Stimmband- Lähmung); da- nach Druse; nicht mehr ge- ritten; Ge- räusch immer noch hörbar	nein	weiter in Besitz	ca. 1000,-

Lfd. Nr.	Art Alter	Verwen- dung	in Besitz seit	Stall- wachs.	1. An- zeichen d. Erkr.	Belast. während d. Erkr.	Diagnosen	Behandlung	Dauer d. Bess. und Verlauf	voll be- lastbar u. ein- satzfähig	weiter. Verlauf	Tier- arzt- kost.
43	Trak. Fuchs- wall. 8-Ja.	Dressur- pferd Klasse A	unbek.	unbek.	1974 Husten, Nasen- ausfluß	nein	unbek. Klinik: Rachendu- schen, A, Pharyngitis	unbek. Klinik: Rachendu- schen, A, Pharyngitis	hustenfreie Perioden von ca. 1 Mo.; bei Fütterung (staubiges Heu) gehust.; Ruhigstell.; über Mo. Wei- degang; nach Beginn d. Reitens er- neut Husten u. Nasenaus- fluß	nein	weiter in Besitz	ca. 1500.-

Tabelle III : C. akute Koliken

lfd. Nr.	Art Alter	Verwendung	in Besitz seit	Stall- wechs.	1. An- zeichen d. Erkr.	Belast. während d. Erkr.	Diagnosen	Behandlung	Dauer d. Bess. und Verlauf	voll be- lastbar u. ein- satzfähig	weiter- Verlauf	Tier- arzt- kost.
44	Bayer. Schim- mel- Stute 2-jä.	soll als Dressur- pferd einge- setzt werden	1972	nein	1975 Koliker- schein. Fütt.: Weizen- kleie, z.T. trocken		TA: Kolon- obstipation Klinik: Phlegmone am Rektumsdach, Proctitis	TA: Spasmo- Kreisl., Glauber- salz Klinik: Leber- schutz,	langsame Bess. 2 Monate nach Entl. war das Pferd völlig gesund	lt. Besitzer ja	weiter in Besitz	geb. 2300.-
45	br. Holl. Stute 7-jä.	Frei- zeit- pferd (un- regel- mäßig geritt.)	1971	2x	1974 Kolik- ersch. Fütt.: Hafer, Pellets	nein	Klinik: vermutlich Kolonobstip.	Klinik: per NSS: Glauber- salz, Anti- tym., Paraf- finoel; Spasmo, Kreisl.:	schnelle Besserung; ohne Kompl. abgefohrt: seitdem keine koliken mehr auftreten	ja	weiter in Besitz	geb. Angab.

Tabelle IV : D. rezidivierende Koliken

lfd. Nr.	Art Alter	Verwendung	in Besitz seit	Stall- wechs.	1. An- zeichen d. Erkr.	Belast.	Diagnosen	Behandlung	Dauer d. Bess. und Verlauf	voll be- lastbar u. ein- satzf.	weiter. Verlauf	Tier- arzt- kost.
46	ung. Schim- mel- Stute 9-jä.	Frei- zeit- pferd (tägl. ca. 1 Std. ge- ritten)	1972	3x	nach starken Anstren- gungen Koliker- schein.	nein	TA: Ursache d. Koliker- schein. sei "Strohfres- sen" Klinik: hoch- gradiger Wurmbefall (Strongylid.)	Klinik: Entwurmung	deutliche Besserung, regelmäßige Fütterung mit Lein- samen und Heu nach d. Kolik	ja	weiter in Besitz	ca. 300.-
47	poln. Trak. Wall. 5-jä.	Frei- zeit- pferd	1974	unbek.	14 Tage nach Kauf Durch- fall; Ver- schlecht. 1975: Durch- fall bis fest	ja	Klinik: chron. rezid. Blinddarm- kolik	Klinik: Lebersch.	Pferd lag haufig; beim Aufstehen lan- ges Verweilen in "hunde- sitziger" Stel- lung; Euthanasie Sektion: Hyper- trophie der Blinddarm- schleimhaut um ca. 3 cm.	nein	ge- tötet	ca. 1000.-
48	br. Trak. Wall. 6-jä.	Spring- und Dressur- pferd Kl. A	1972	nein	1973 akute Kolik 1974 rezid. Koliken	nein	TA: Obstip. des großen Kolons mit Meteorismus Klinik: dito, Vagotonie	TA: Spasmo, Kreisl., Klinik: Glauber- salz, Klysmen, Spasmo, Enterocen- tese, Kreisl.	schnelle Bess- serung; nach 1 1/2 Tagen Training; 1/2 Jahr später häufige Koliken durch Aufregung ver- ursacht (lt. Besitzer) kein Zuziehen e. TA. Abklingen d. Ersch, nach 15	lt. Besitzer ja	weiter in Besitz	ca. 900.-

lfd. Nr.	Art Alter	Verwendung	In Besitz seit	Stall- wechs.	1. An- zeichen d. Erkr.	Belast. während d. Erkr.	Diagnosen	Behandlung	Dauer d. Besserung und Verlauf	voll be- lastbar u. ein- satzfä.	weiter- Verlauf	Tier- ärztl. Kost.
49	Holst. Schim- mel- 7-jä.	Frei- zeit- pferd	1965	1x	1966 1. Kolik- eisch., 1970 inner- halb 1/2 Jahr 10. Ko- liken	nein	Klinik: als Ursache starker Wurmbefall (Strongyl. u. Ascariden)	Klinik: Klysmen, Entwurmung	sehr schnelle Besserung d. Befindens; nach 2 Wo. wieder ge- ritten; keine Kolik mehr aufge- treten	ja	ver- kauft	ca. 1000,-

Tabelle V : E. Sonstige

lfd. Nr.	Art Alter	Verwen- dung	in Besitz seit	Stall- wechs.	1. An- zeichen d. Erkr.	Belast. während d. Erkr.	Diagnosen	Behandlung	Dauer d. Bess- und Verlauf	voll be- lastbar u. ein- satzfä.	weiter- Verlauf	Tier- arzt- kost.
50	Hann. Schim- mel- Stute 9-jä.	ehemal. Spring- pferd bis Kl. M	1969	1x	1973 Schlund- verstopf.	nein	TA: Schlund- verstopfung Klinik: "ikterische Erscheinung", Apathie, Endometritis	Klinik: Leber- schutz, A	innerhalb weniger Wo. Erholung; 1/2 Jahr spä- ter trächtig, kann wegen Verschleiß- erschein. d. Extr. nicht als Spring- pferd einge- setzt werden.	nein	weiter in Besitz	ca. 1000.-
51	Holl. Stute (8-jä.)	Frei- zeit- pferd (tägl. bis zu 12 Std. geritten)	1971	2x	1974 Schlund- verstopf.	nein	TA: Schlund- verstopfung Klinik: Schlundver- stopfung, Aspirations- pneumonie.	TA: Kreisl. Klinik: Freispü- len des Oesophag. Lebersch. Spasmo, A, Vit, Kreisl.	weitere Besserung, 1 Monat Weidegang	ja	weiter in Besitz	ca. 1500.-
52	Old. Rapp- Wall. 6-jä.	Dressur- pferd Kl. A, Spring- pferd Kl. A	1968	nein	seit 1970 Schwitz. bei ger. Belast.,	nein	Klinik: Leptospirose	Klinik: A.	lt. Besitzer vollkommen ausgeheilt; Pferd geht jetzt L-Dres- sur.	ja	weiter in Besitz	ca. 800.-

lfd. Nr.	Art, Alter	Verwendung	in Besitz seit	Stallwechs.	1. Anzeichen d. Erkr.	Belast. während d. Erkr.	Diagnosen	Behandlung	Dauer d. Bess. und Verlauf	voll be- leubar u. ein- satzf.	weiter- Verlauf	Tier- arzt- kost.
53	br. Westf. Stute 6-jähriger Kl. A	Spring- pferd Kl. A, Dressur- pferd Kl. A	1969	3x	1972 Schluck- beschw.	nein	TA: "Kehl- kopffentzünd." Klinik: Druse	Klinik: Ichthyol- Salbe 30%ig lokal, A	über 6 Wo. tagl. Weide- gang, schnelle Besserung	ja	weiter in Besitz	ca. 500.-
54	Traber- Wall. 8-jährig	Frei- zeit- pferd (tagl. bis zu 3 Std. Gelände- reiten)	1972	3x	1973 Lahmheit Ab- magerung	ja	Klinik: Verdacht e. Abdominal- tumors, Herzklappen- fehler.	Klinik: Vit, Ana. A	lt. Besitzer hat d. Pferd zugenommen u. wird "normal" ge- ritten; ge- legentliche Lahmheiten	lt. Besitzer ja	weiter in Besitz	

Diskussion

Immer mehr Menschen, die es sich im Zuge des wachsenden Wohlstandes innerhalb der letzten Jahre leisten konnten, verwirklichten ihren Wunsch nach Erholung und Sport u.a. durch den Kauf eines Pferdes. Sehr oft wird es aber auch als Statussymbol oder aus Prestigegewinn gehalten. Aus dem einstigen Nutztier ist eine Liebhaberei geworden, ein "Sportgerät", häufig auch ein Spekulationsobjekt besonders im Rennsport. Es werden teure Pferde gekauft, die einen hohen Ausbildungs- und Leistungsstand, zum Beispiel als Spring- oder Dressurpferd bis Leistungsklasse M oder S, besitzen. Diese Tiere kommen sehr oft in Hände, wo es den Besitzern an reiterlicher Ausbildung, Können und Kenntnis mangelt. Wie schon im Literaturteil unter "Freizeitpferde" erwähnt, unterliegen diese Pferde in solchen Fällen besonderen Stresssituationen. Tiere, die es gewohnt waren, täglich intensiv trainiert zu werden, werden meist aus Zeitmangel nur noch in Abständen bewegt. An den übrigen Tagen stehen sie oder werden eventuell von einem Bereiter oder einer anderen Person geritten. Somit muß ein Pferd, das

gewohnt war, zum Beispiel täglich ca. 2 Stunden Dressur bis Klasse M zu trainieren, plötzlich mit 1 Stunde Bewegung im Gelände auskommen. Zwar benötigen, wie Grzimek sich ausdrückt, "Menschen nicht nur reine Nutztiere, sondern auch Haustiere als "Kameraden" für ihre eigene Empfindungswelt". Diese "Kameradschaft" sollte aber für das Pferd keinen Rückschritt in seinem Leistungs- und Ausbildungsstand durch mangelnde oder zu wenige Bewegung und fehlende reiterliche Qualitäten des Besitzers bedeuten. Von seinem Pferd erwartet der Pferdebesitzer bestimmte Leistungen. So soll zum Beispiel ein Springpferd Hindernisse von 0,80m Höhe in der Klasse A bis zu einer Höhe von 1.70m in der Springprüfung der Klasse Sb überwinden. Als Dressurpferd soll es exakt ausgeführte Lektionen absolvieren. Das Jagdpferd soll besonders auf den sog. Fuchsjagden im Herbst in bester Kondition sein um diesen Anforderungen zu genügen. Dementsprechend muß die Ausbildung während der übrigen Jahreszeit der kommenden "Jagdsaison" angepaßt sein. Auch von einem Hobbypferd wird über gewisse Strecken ein Trab oder ein Galopp verlangt und es soll auch einzelne kleinere Hindernisse überspringen.

Um diese Leistungen erreichen zu können, ist der Trainingsstand und die Leistungsfähigkeit von Herz, Kreislauf, Atmung und Stoffwechsel aus internistischer Sicht entscheidend, wie auch Hufe, Sehnen und Gelenke hierbei eine große Rolle spielen. Unter Training ist auch bei Pferden - wie nach Hollmann in der Sportmedizin - die systematische Wiederholung von Bewegungsabläufen zum Zweck der Leistungssteigerung mit morphologisch faßbaren Adaptationen zu verstehen. Pferde mit organisch manifestierten Schäden sind in ihrer Leistungsfähigkeit erheblich reduziert bzw. nur noch zu leichter Arbeit einzusetzen. Unter dieser relativen Belastung verstehe ich, solch ein geschädigtes Pferd nach langer Ruhigstellung im Schritt oder einem kurzen Galopp zu bewegen, eventuell auch das Gewicht zu vermindern, indem dies durch einen leichtgewichtigen Reiter (z.B. Kind) geschehen kann. Auch der Trab stellt wiederum eine Belastung dar, da er eine "anerzogene" Fortbewegungsart ist. In jedem Falle würde sich Training bei diesen Pferden oder jede andere größere Belastung bis an die Grenze der augenblicklichen Leistungsfähigkeit als negativ auswirken. Die größte Verlustquote an Pferden gibt es wie aus der Schadenursachenstatistik der Versicherungen von 1973 hervorgeht und was

auch in dieser Arbeit wieder bestätigt werden konnte, bei Tieren, die an Erkrankungen der Atmungsorgane leiden. In der Statistik an erster Stelle stehen unter dieser Art der Erkrankungen Pferde, bei denen die Diagnose "Lungenemphysem" gestellt wurde. Unter den in Tabelle I aufgeführten 30 Pferden konnte bei 2 Tieren, Nr. 11 und 27, die Diagnose "Lungenemphysem ohne bronchitische Erscheinungen" bzw. "hochgradiges Lungenemphysem mit Ruhezypnoe" gestellt werden. Bronchitiden und Mikrobronchitiden und ihre chronischen Verlaufsformen überwiegen. Die Chronizität wurde bei allen Pferden unter diesem Erscheinungsbild erst bestätigt, wenn ein anamnestischer Krankheitsverlauf von mehr als 3 Monaten vorlag bzw. als die Tiere durch Tierärzte oder/und in der Medizinischen Tierklinik über längere Zeit ohne feststellbare Besserung behandelt waren. Die Behandlung erfolgte in den meisten Fällen mit Kortikosteroiden, Antibiotika und Expektorantien, ferner Applikation von Anabolika und als unterstützende Maßnahme Inhalationen. Die Behandlung mit Kortikosteroiden wurde nicht einmalig durchgeführt, sondern erfolgte in "ausschleichender" Dosierung des Präparates.

Durch die Gabe eines Anabolikums konnten Nebenerscheinungen wie Muskelatrophien der Lenden- und Kruppenmuskulatur wesentlich unter Kontrolle gehalten werden. Eine gewisse Mattigkeit und Kraftlosigkeit, wie Gerber sie beschreibt, konnten auch hier beobachtet werden. Nebenwirkungen wie Hufrehe, Lumbago oder sonstige Erscheinungen wurden auch nach wiederholter Applikation im Abstand von 3 Monaten von mir nicht beobachtet oder von den Besitzern dieser Eferde berichtet. Durch die Wirkung der Kortikosteroide konnte bei fast allen Tieren (ausgenommen Pferd Nr. 7, 10, 20 und 22) eine Besserung, d.h. hustenfreie Perioden von 14 Tagen und mehr erreicht werden. Bei Pferd Nr. 29 wurde ein Rückgang der Lungengrenzen (links vom 13. auf den 12. ICR, rechts vom 14. auf den 13. ICR) festgestellt. Die Gefahr eines Rezidivs bei Tieren, die an chronischen Formen dieser Erkrankungen leiden, ist besonders groß wie es sich beim größten Teil dieser Patientengruppe wieder zeigte.

Auch Pferde, die an einer akuten Bronchitis erkrankt waren, wie zum Beispiel Nr. 19, sind besonders gefährdet. Durch bakterielle Super- oder Sekundärinfektionen, nicht entsprechende Stallhygiene und oft zu frühzeitig einsetzende Belastung wird der Krankheitsverlauf kompliziert. Pferd Nr. 13 wurde

nach Meinung des Besitzers "zu wenig belastet", obwohl bei diesem Tier eine chronische Mikrobronchitis, ein Herzklappenfehler und ein Herzmuskelschaden festgestellt werden konnte. Pferd Nr.19 (chronische Mikrobronchitis mit Lungenerweiterung) war ca. 14 Tage nach Beendigung der Behandlung hustenfrei und nach anschließend einsetzender Belastung trat eine rapide Verschlechterung des Zustandes ein; eine nochmalige Behandlung durch den Tierarzt brachte keine Besserung mehr.

Anhand dieser Beispiele muß man sagen, daß es Aufgabe des behandelnden Tierarztes sein müßte, den Pferdebesitzer immer wieder eindringlichst daraufhinzuweisen, daß Atemwegserkrankungen eine lange Rekonvaleszenz benötigen. Pferde mit Herzerkrankungen bedürfen äußerster Schonung. Leider verschlechtert oft der Besitzer aus Mangel an Geduld durch zu früh einsetzende Belastung den Heilungsprozeß.

Die Diagnose "Dampf" wurde in 2 Fällen vom behandelnden Tierarzt gestellt. Bei Pferd Nr.7 konnte sie bestätigt werden. Bei Nr.30 ergaben die Untersuchungen einen Herzklappenfehler (Pulmonalis) und eine Stauungsbronchitis, wobei Ruhe- und Beruhigungszeiten nach Belastung im Rahmen der Norm lagen. Eine nach 1 Jahr durchgeführte Nachuntersuchung ergab keine Veränderungen des Perkussions- und Auskultationsbefundes in Ruhe und nach

Belastung. Das Pferd ist nicht mehr auf Turnieren geritten worden, sondern wurde auf Anraten der Tierklinik von einer leichtgewichtigen Person im Schritt und kurzzeitigem Galopp gewegt.

Daß durch den Einsatz von Kortikosteroiden Krankheitszustände der Lunge "verschleiert" werden, wie es auch Zeller beschreibt, wird bei Pferd Nr.10 vermutet. Während eine Ankaufsuntersuchung noch keinen Verdacht ergab, traten 14 Tage nach dem Kauf die typischen Erscheinungen wie Husten, Müdigkeit und Leistungsminderung auf. Vom Tierarzt wurde die Diagnose "Bronchitis" gestellt und erfolglos behandelt. Ein Jahr später wurde in der Klinik eine "chronische Mikrobronchitis" diagnostiziert.

Die Pferde Nr.8, 9, 11, 20, 22 und 25, die an chronischen Verlaufsformen von Bronchitis oder Mikrobronchitis erkrankt waren, litten bei Wetterwechsel besonders unter Atemnot. Daneben bestanden Perioden mit Symptomlosigkeit oder einer leichten Besserung bei Weidegang. Nach Gerber und anderen sind diese Pferde im allgemeinen als "Asthmatiker" zu bezeichnen oder besser - wie später - als Pferde "mit asthmaähnlichem Syndrom" (Schatzmann).

Besonders erforderlich erscheint die gründliche Untersuchung des Herz- und Kreislauf-

apparates bei dieser Patientengruppe.

Bei den Pferden Nr.5, 11, 13, 16, 18, 20, 28 und 30 konnten neben den Lungenbefunden Erkrankungen des Herzens festgestellt werden (bei Nr.30 ist die Ursache der Lungen-erkrankung in einem Herzklappenfehler zu suchen). Bei Verdacht einer Erkrankung des Herzens ist die genaue Untersuchung dieses Organs (mit EKG) notwendig. Schon bei Ankaufsuntersuchungen und bei den meisten Pferden mit Lungenbefunden erscheint es sinnvoll, ein EKG anzufertigen. Die volle Belastbarkeit und Einsatzfähigkeit für den jeweiligen Verwendungszweck dieser Patienten wurde bei 27 von 30 Tieren nie mehr erreicht. Allein 14 Pferde mußten nach einer gewissen Zeit getötet bzw. geschlachtet werden. Nur Pferd Nr.2 (Diagnose: chronische Bronchitis mit Randemphysem und Lungenerweiterung), Nr.5 (Mikrobronchitis, Herzmuskelschaden) und Nr.16 (Bronchitis, Reizleitungsstörungen) waren nach Angaben der Besitzer nach ca. 1 Jahr wieder voll belastbar und einsatzfähig, d.h. sie wurden als Dressurpferd bis Klasse L (Nr.2), als Springpferd bis Klasse L (Nr.5) und als Hobbypferd (Nr.16) wieder eingesetzt. Aufgrund der festgestellten Krankheitsbilder erscheinen diese Angaben der Besitzer von den Pferden Nr.2 und 5 sehr subjektiv.

Eine Einschränkung in ihrer Belastbarkeit ist auch bei Pferden, die an Erkrankungen der oberen Luftwege, meist Virusinfektionen, leiden, zu beobachten. Diese äußern sich durch kurze Hustenstöße oft zu Beginn, am Ende des Reitens oder bei der Fütterung und durch weißlichen Nasenausfluß, von den Pferdebesitzern oft als "kurzes Abhusten" bezeichnet. Das laryngoskopische Bild zeigt meist eine "waschbrettartige" (gefältelte) angeschwollene Rachenschleimhaut, Rötung, Ramifizierung, Follikelbildung bis Erbsengröße und einen weißlichen, meist flockigen Belag. Wichtig ist die Betrachtung des Luftsackes, da follikuläre Schwellungen auf den Schleimhäuten von Pharynx und Luftsack auftreten (Floer). Die Untersuchung der Lunge durch Perkussion und Auskultation in Ruhe und nach Belastung muß auch in diesen Fällen sorgfältig durchgeführt werden wie das Beispiel Nr. 39 beweist. Bei diesem Pferd wurde durch den Tierarzt die Diagnose "Kehlkopfhusten" gestellt. In der Tierklinik wurde, nachdem der Husten nicht gebessert werden konnte, eine "Mikrobronchitis mit Lungenerweiterung" diagnostiziert. Die Behandlung wurde in allen Fällen durch Applikation von Antibiotika und lokalen "Rachenduschen" (Scheroson-F-Nasentropfen mit lauwarmen Wasser verdünnt über einen in den unteren Nasengang bis in den Rachenraum

eingeführten Schlauch, Durchmesser ca. 4 bis 5 mm, mit vorn aufgesetztem Sprühkopf) durchgeführt. Zusätzlich wurden die Pferde in zugfreien, aber luftigen Boxen mit Sägemehleinstreu gehalten. Bei allen Tieren ergab die Kontroll-Untersuchung eine gewisse Besserung, d.h. ein Abschwellen der Rachenschleimhaut, eine Reduzierung der Belagsbildung bis zum Abklingen der Rötungen. Mit Ausnahme der Pferde Nr. 35 und 37, die nach Angaben der Besitzer nicht mehr husten, tritt bei Nr.36 immer wieder gelegentlich Husten und Nasenausfluß auf, bei Nr. 38 nach 5 Monaten, bei Nr. 31 nach 2 Monaten nur Husten. Pferd Nr.32 wurde 2 Tage nach der Entlassung aus der Tierklinik wieder geritten, danach "hin und wieder kurzes Abhusten". Bei den Beispielen Nr. 39 und 40 stellten sich nach 3 Jahren bzw. nach 1 Jahr Komplikationen des Krankheitsverlaufes ein (Nr.39 Mikrobronchitis mit Lungenerweiterung und Nr.40 Bronchitis). Die Ursachen sind vorallem im vorzeitigen Arbeiten, schlechter Stallhygiene und bakteriellen Super- oder Sekundärinfektionen zu suchen. Unter guter Stallhygiene ist eine möglichst staubarme Fütterung, eventuell statt Stroh Sägemehleinstreu, ein gut durchlüfteter, aber zugfreier Stall zu verstehen. Pferd Nr.40 wurde in einem Stall gehalten, der zwar über eine Sägemehleinstreu verfügte, aber dessen

Stallluft besonders bis ca. 1 m über dem Boden stark ammoniakhaltig war und das Heu auf dem Boden liegend verfüttert wurde. Besonders bei der Fütterung zeigte dieses Pferd Husten.

Eine günstige Prognose darf bei Pferden der Gruppe C - akute Koliken - gestellt werden. Von den ca. 15 angeschriebenen Fällen konnten nur 2 aus technischen Gründen zur Auswertung herangezogen werden. Dies läßt sich u.a. damit erklären, daß die meisten Patienten nach Abstellen der Ursache komplikationslos abheilen. Generell läßt sich doch folgendes sagen: Kolikerscheinungen wie akute Magenüberladung, Obstipationen des Rektums, des kleinen Kolons, des großen Kolons, des Dünn-darmes und des Blinddarmes sind in der Regel bei richtiger Diagnose, vollständiger Therapie, bei entsprechender anschließender Schonung und Fütterung, kein Grund, die zukünftige Belastungs- und Einsatzfähigkeit einzuschränken. Die Ausnahme war Pferd Nr. 44, wo der Krankheitsablauf durch die Phlegmone am Rektumsdach und eine Proctitis erschwert wurde. In den meisten Fällen ist die Ursache in falscher Fütterung zu suchen (bei Pferd Nr. 45 Fertigfutter (Pellets) und ca. 16 kg Hafer pro Tag).

In der Patientengruppe D - rezidivierende Koliken - ist die Prognose für die Belastungs-fähigkeit vorsichtig bis ungünstig zu stellen.

Bei Pferd Nr.46 wurde starker Strongyliden- und Askaridenbefall, bei Nr. 49 hochgradiger Strongylidenbefall als Ursache für die rezidivierenden Kolikanfälle festgestellt. Eine rechtzeitige Kotuntersuchung hätte in beiden Fällen wesentlich früher eine Entwurmung und damit ein Abstellen der Ursache nach sich ziehen können. Nach Ullrich haben 90 % aller Pferde ein Wurmaneurysma der vorderen Gekrösewurzel mit Thromben darin, die nach dem Loslösen schließlich in eine Arterie gelangen, die sie "verstopfen". Die Folgen sind Zirkulationsstörungen. Kreislaufstörungen durch Verstopfungen kleiner Arterienäste können von selbst in kurzer Zeit durch Anastomosen behoben werden; sind mittlere Äste verstopft, dann kann in mehreren Tagen oder Wochen Selbstheilung eintreten; bei größeren Ästen ist der Zustand unheilbar. Nach Wirth kann forensisch bei einem Pferd, "das an einer embolisch-thrombotischen Kolik zugrunde gegangen ist oder nicht, der Beweis dafür, daß eine solche Kolik vorlag, nur dadurch erbracht werden, daß man den Embulus als solchen nachweist. Das heißt also, daß man ihn im Leben bei der rektalen Palpation getastet hat (was nur äußerst selten möglich ist) oder daß man bei der Sektion von der Gekrösewurzel aus die zum veränderten Darmstück hinführenden Gefäße aufschneidet bis man auf den Embulus stößt. Bei Kauf eines Pferdes muß der Käufer mit Rücksicht auf die Häufigkeit des Wurmaneurysmas sich damit ab-

finden, daß auch das gekaufte Pferd ein Wurmaneurysma hat, aber es muß ein solches mit einem festen nicht abbröckelnden und nicht allzugroßen Thrombus sein, so daß der normale Gebrauch des Pferdes nicht gestört ist".

Bei Pferd Nr.48 liegt eine Störung des Tonus der Magendarmwand und der Peristaltik vor, wobei hauptsächlich der N.vagus beteiligt ist. Wie bei Nr.47 (Diagnose: chronisch rezidivierende Blinddarmkolik) ist aus medizinischer Sicht dieses Pferd nicht als voll belastbar und einsatzfähig zu bezeichnen im Gegensatz zur Meinung des Besitzers.

Die Pferde 33 und 52 waren primär an Leptospirose erkrankt, bei Nr.4 konnte als Nebenfund Leptospirose festgestellt werden. Eine gezielte Behandlung mit Penicillin und Tetracyclin über mindestens 10 Tage ließen die Symptome wie Müdigkeit und Apathie verschwinden. Stark erhöhte Bilirubin-Werte (ikterische Schleimhäute) konnten durch eine Leberschutz-Therapie gesenkt werden. Die hohen Leptospirose-Titer blieben wie bei Nr. 33 auch nach Abklingen der Symptome noch längere Zeit bestehen. Als Infektionsquelle dürfte vorallem durch Ratten und Mäuse infiziertes Futter (besonders Hafer) in Frage kommen.

Bei Pferd Nr. 53 (Druse) muß der Besitzer, wenn er auch sein Pferd nach der Erkrankung wieder als voll belastbar und einsatzfähig

(Spring- und Dressurpferd Klasse A) bezeichnet, auf die möglichen Nachkrankheiten wie Emphyeme der Kiefernhöhle, Luftsackkatarrh, Petechialfieber, Metastasenbildungen im Bauchbereich, Herzmuskel-schädigungen u.a. aufmerksam gemacht werden. Als subjektiv darf auch die Aussage über die volle Belastbarkeit (Geländefreitzeitpferd) des Besitzers von Pferd Nr. 54 (Herzklappenfehler und Verdacht eines Abdominaltumors) genannt werden, da dies aufgrund des Herzklappenfehlers und des Verdachtes einer tumorösen Entartung im Bauchbereich bezweifelt werden muß.

Aus diesen Untersuchungsergebnissen kann man den Tierärzten empfehlen, die Pferdebesitzer intensiv daraufhinzuweisen, daß ein großer Teil internistischer Erkrankungen eine sehr lange Rekonvaleszenz benötigt. Negative exogene Faktoren müssen ausgeschaltet werden und besonders zu frühzeitiges Arbeiten, das nicht dem momentanen Zustand des Tieres entspricht, kann die Prognose quo ad vitam erheblich verschlechtern. In erster Linie sind es chronische Erkrankungen der Lunge und/oder des Herzens aber auch Erkrankungen der oberen Luftwege mit ihren Komplikationsmöglichkeiten die unter den Pferden die höchste Verlustrate verzeichnen. Pferde mit diesen Erkrankungen

kann man nichtmehr als Sportpferde im Sinne eines Leistungssportlers einsetzen und erfordern nach einer konsequenten Behandlung eine lange Schonung oder sogar Ruhigstellung. Die damit in vielen Fällen verbundene günstigere Prognose dürfte die hohen Kosten für Behandlung und Unterbringung rechtfertigen.

Aber besonders in den meisten Fällen der Patientengruppe A - Erkrankungen der Lunge und/oder des Herzens - erreichen oder übersteigen die entstehenden Kosten den Kaufpreis und Nutzungswert des Pferdes. Denn zu den Tierarztkosten ist noch das Unterhaltsgeld für eine Mietboxe zu entrichten. Wird ein Pferd wegen besserer Stall- und Weideverhältnisse an einen anderen Ort verbracht, so entstehen erneut Kosten durch Transport und Unterbringung und sehr oft wird auch für die Boxe des "Heimastalles" weiterbezahlt, nur um sich das Anrecht nach Rückverlegung des Pferdes zu sichern. Es entstehen für den Besitzer Kosten für ein Pferd, das über Monate stehen oder bei gutem Wetter auf die Weide kommt, die in keinem Verhältnis zur weiteren Einsatzmöglichkeit stehen. Im Todesfall decken Versicherungs- oder Schlachterlös nur einen kleinen Teil dieser Unkosten.

Ein Beispiel, wie es möglich sein könnte, soll an einem 7-jährigen Wallach, Springpferd bis Klasse L, durchgerechnet werden :

Anschaffungspreis:	ca. 10 000 .- DM
Ausrüstung	ca. 2 000 .- DM
monatliche Unterhaltskosten (incl. Schmied, Tierarzt etc.)	ca. 600 .- DM

Einschließlich Anschaffung, Ausbildung und Ausrüstung sind für die ersten 2 Jahre 26 400.-DM aufzubringen.

Nach 2 Jahren erkrankt das Pferd an einer Bronchitis :

Behandlungskosten	ca. 600 .- DM
4 Wochen Ruhigstellung (Unterhaltskosten)	ca. 500 .- DM

Danach wird das Pferd wieder für 3 Monate geritten. Es tritt eine Verschlechterung des Zustandes ein. Neue Diagnose: Mikrobronchitis:

Behandlungskosten	ca. 800 .- DM
1/2 Jahr Ruhigstellung (Unterhaltskosten)	ca 3 000 .- DM

In dieser Zeit und den ersten 4 Wochen der Ruhigstellung besitzt das Pferd keinen Nutzungswert. Nach diesem 1/2 Jahr wird das Tier wieder schonend geritten, d.h. es hat nur noch ideellen Wert. Das Pferd wird zwischenzeitlich immer wieder behandelt (Medikamente wie z.B. Hustenpulver, Inhalationen etc.; Kosten ca. 200.-DM).

Gesamtkosten seit Beginn der Erkrankung: 5 100.-DM.

Eventuell erfolgt in diesem 1/2 Jahr Ruhigstellung eine Verlegung in einen besseren Stall mit guten Weidebedingungen : Aufenthalt 3 Monate :

ursprüngliche Boxe wird beibehalten	jetzt ca. 400 .-DM
neue Boxe	ca. 200 .-DM
Hin- und Rücktransport	ca. 100 .-DM

Für dieses 1/2 Jahr entstehen damit 4 400 .-DM an Kosten; damit seit Beginn der Erkrankung bei jetzt ideellem Nutzungswert insgesamt 5 500 .-DM.

Ungünstigenfalls muß das Pferd nach weiterer Verschlechterung nach 1 weiteren Jahr geschlachtet bzw. getötet werden:

eventuelle weitere Behandlung bis heute	ca. 300 .-DM
monatliche Unterhaltskosten	ca. 500 .-DM
Schlachterlös	ca. 1 600 .-DM

insgesamt	7 900 .-DM
-----------	------------

Bei Tötung (Euthanasie) entstehen zusätzliche Tierarztkosten und eventuell Abtransportkosten.

Die Gesamtkosten betragen bei ideellen Nutzungswert in 1 1/2 Jahren 13 400 .-DM (mit Verbringen in einen neuen Stall) bzw. 13 000 .-DM.

Obwohl die prognostischen Aussagen sehr pessimistisch klingen, soll dies nicht vom Kauf eines Pferdes abschrecken. Prophylaktische Maßnahmen wie regelmäßige Schutzimpfungen, gute Stallhygiene, bessere Kenntnis der Pferdebesitzer über Pferdhaltung und -fütterung, Beratung durch Tierärzte, dem Ausbildungs- und Leistungsstand angepaßte Belastung des Pferdes und reiterliches Können des Besitzers, sind angezeigt, um Erkrankungs- und Ansteckungsmöglichkeiten möglichst gering werden zu lassen bzw. um die Besserungs- oder Ausheilungstendenz bei einem großen Teil der Fälle zu verbessern.

Zusammenfassung

Aus internistischer Sicht wird das Pferd im Sinne eines Leistungssportlers besonders im Hinblick auf die weitere Verwendungs- und Einsatzfähigkeit nach einer überstandenen Krankheit betrachtet. Anhand eigener Untersuchungen, Nachuntersuchungen und Aussagen von Besitzern werden 54 Pferde erfaßt. Es erfolgt eine Einteilung in folgende Gruppen:

- A. Erkrankungen der Lunge und/oder des Herzens
- B. Erkrankungen der oberen Luftwege
- C. akute Koliken
- D. rezidivierende Koliken
- E. Sonstige (Folgeerkrankungen nach Schlundverstopfung, Druse, Leptospirose, Tumorverdacht).

Die höchste Verlustrate bei Pferden und damit die ungünstigste Prognose muß bei der Gruppe A gestellt werden. Die Prognose für die Gruppen B, D und E ist vorsichtig bis ungünstig zu stellen. Bei der Gruppe C erscheint die Prognose in diesem Hinblick als günstig.

Summary

By an internist the horse as efficiency animal will be considered especially with regard to its further ability of use and action after it has overcome a disease. By my own examinations and by the statements of owners 54 horses are comprehended and classified as follows:

- A. Sickness of lung and/or heart
- B. Sickness of the upper respiratory system
- C. Acute colics
- D. Relapsing colics
- E. Other (diseases after oesophagal obstruction, strangles, leptospirosis, suspected tumor).

The highest rate of lose and therefore the most infavourable prognosis has group A. The prognosis for the groups B, D, E is cautious or unfavourable. The prognosis of the group C can be considered as favourable.

Literaturverzeichnis

- Bachmann, P.A.
Härtl, C.
Thein, P.
Bibrack, B.
Mayr, A.
- Über das Vorkommen und die Verbreitung von Viruskrankheiten beim Pferd in der Bundesrepublik Deutschland, die bei respiratorischen Erkrankungen mitbeteiligt sein können.
- Zbl.Vet.Med. B 19 (1972), 806
- Beaulieu de, Ch.F.
- Zit. nach: Stern, H.: Sterns Bemerkungen über Pferde
- Kindler, München, 1971
- Berufsbild Tierarzt
- Eberlein, Hannover, 1971
- Bürki, F.
Bäriswyl, K.
Lindt, S.
- Nachweis des Virus der Equinen Rhinopneumonitis als Ursache von Stutenaborten
- Schw.Arch.Tierhk. 107 (1965), 386
- Deegen, E.
Zichner, M.
- Übersichtsreferat: Zur klinischen Diagnostik chronischer Erkrankungen des Pferdes
- Dt.Tierärztl.Wschr. 77 (1970), 616
- Dieckerhoff, W.
- Die Krankheiten des Pferdes
- Hirschwald, Berlin, 1904

- Doll, E.R.
Richards, M.G.
Wallace, M.E. Cultivation of the equine
 influenza virus in suckling
 syrians hamsters. Its
 similarity to the equine
 abortion virus
 Cornell Vet. 44 (1954), 133
- Eikmeier, H. Diagnostik und Therapie der
 Koliken beim Pferd
 Tierärztl. Praxis 1 (1973), 61
- Eikmeier, H. Forensische Fragen beim
 Pferdekauf
 Tierärztl. Praxis 2 (1974), 51
- Eikmeier, H. Therapie innerer Krankheiten
 der Haustiere
 Enke, Stuttgart, 1970
- Floer, W.
Schmidt, R.
Petzoldt, K. Mikrobiologische Unter-
 suchungen zur Frage von Herpes-
 virusinfektionen des oberen
 Respirationstraktes des Pferdes
 Dtsch. Tierärztl. Wschr. 2 (1973),
 49
- Fröhner, E. Lehrbuch der klinischen Unter-
 suchungsmethoden
 Enke, Stuttgart, 1923
- Fröhner, E. Lehrbuch der Gerichtlichen
 Tierheilkunde
 Schoetz, Berlin, 1948

- Gadermann, E. Zum Verhalten des Herzens
unter vita maxima-Bedingungen

Verhandlungen der Deutschen
Gesellschaft für innere
Medizin 78 (1972), 1009
- Gerber, H. Zur Therapie chronischer
Respirationskrankheiten des
Pferdes

Schw.Arch.Tierhk. 2 (1968),
139
- Gerber, H. Klinik und Therapie chronischer
Lungenleiden des Pferdes

Dt.Tierärztl.Wschr. 8 (1969),
234
- Grzimeks Tier- Unsere Umwelt als Lebensraum
leben

Kindler, Zürich, 1973
- Hollmann, W. Grenzen sportlicher Leistungs-
fähigkeit

Bild der Wissenschaft 1972, 829
- Hollmann, W.
Liesen, H. Internistische Aspekte zum
Leistungssport

Med.Kl. 35 (1972), 1103
- Kraft, H. Folgerscheinungen nach Virusin-
fektionen der Luftwege beim
Pferd

Tierärztl.Umsch. 2 (1975), 422
30. Jahrgang

- Kubin,G.
Kölbl,J. Isolierung des Rhinopneumonitis-
 virus aus abortierten Pferde-
 feten in Österreich

 Wiener Tierärztl.Mschr. 52 (1966),
 725
- Leuthold,A. Virusinfektionen der Atemwege

 Schw.Arch.Tierhk. 108 (1966),346
- Marek,J.
Mócsy,J. Lehrbuch der klinischen Diagnostik
 der inneren Krankheiten der Haus-
 tiere

 Fischer, Jena, 1960
- Müller,E. Das kranke Reitpferd

 BLV, München, 1966
- Nissen,J. Das Sportpferd

 Franckh, Stuttgart, 1964
- Reuter,U. Untersuchungen über die Aerosol-
 Therapie einiger unter dem
 Symptomen-Komplex der Pferdegrippe
 verlaufenden Erkrankungen der
 Atmungsorgane

 Vet.Diss. München, 1967
- Rohde,J.J. Das zwischenmenschliche Wirkungs-
 feld der ärztlichen Tätigkeit

 Verhandlungen der Gesellschaft
 Deutscher Naturforscher und
 Ärzte, Springer 1973

- Sasse, H.H.L. Lungenfunktionsprüfung beim
Pferd

Tierärztl. Praxis 1 (1973), 49
- Schatzmann, U.
Straub, R.
Gerber, H.
Lazary, S.
Meister, U.
Spörri, H. Die Elimination von Heu und
Stroh als Therapie chronischer
Lungenerkrankungen des Pferdes

Tierärztl. Praxis 2 (1974), 207
- Stern, H. Sterns Bemerkungen über Pferde

Kindler, München, 1971
- Thein, P. Symposium on herpesvirus in-
fections of horses

Parma, 1974
- Thein, P. Diagnosis and prophylaxis of the
most important infectious diseases
of the respiratory tract in the
horse

estratto da Folia Veterinaria
Latina IV (1974), 471
- Thein, P.
Mayr, A. Untersuchungen über die Bedeutung
von Reovirus-Infektionen für
respiratorische Erkrankungen beim
Pferd

Zbl.Vet.Med. B 21 (1974), 219
- Ullrich, K. Grundriss der Speziellen
Pathologie und Therapie der
Haustiere

Enke, Stuttgart, 1966

- Ullrich, K. Die Zukunft der Veterinärmedizin
und des tierärztlichen Berufes,
aus der Sicht des Fachtierarztes
für Tiergattungen, die nicht der
Gruppe der Nutztiere zugehören
Tierärztl. Umsch. 1 (1970), 28
25. Jahrgang
- Veröffentlichungen des Bundes-
aufsichtsamtes für das Ver-
sicherungswesen
10, Berlin, 1974
- Wirth, D. Über die Grundlagen der heutigen
Diagnose und Therapie der Kolik-
erkrankungen des Pferdes
Schw. Arch. Tierhk. 98 (1956), 267
- Zeeb, K. Zit. nach: Stern, H.: Sterns
Bemerkungen über Pferde
Kindler, München, 1971
- Zeller, R. Ankaufsuntersuchungen in der
Pferdepraxis
Prakt. Tierarzt 13 (1972), 488
- Zeller, R. Untersuchungen zur respira-
torischen Form der Rhino-
pneumonitis bei erwachsenen
Pferden
Berl. Münchn. Tierärztl. Wschr.
18 (1972), 349

Zum Schluß meiner Arbeit möchte ich Herrn em.Prof.Dr.Dr.h.c.K.Ullrich, den kommissarischen Vorständen Frau Prof.Dr.J.Gylstorff und Herrn Prof.Dr.G.Dirksen für die Überlassung des Arbeitsplatzes sehr herzlich danken.

Mein ganz besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr.H.Kraft für die Überlassung des Themas und der mir stets gewährten Unterstützung bei der Anfertigung dieser Arbeit.

Lebenslauf

Name : S u d h o f f
Vorname : Werner
geb. am : 2. Oktober 1944
geb. in : Selb/Oberfranken
Konfession : röm.-kath.
Vater : S u d h o f f Walther
Steinbruchdirektor
Mutter : S u d h o f f Theresia
geb. E g g l
Schulen : Volksschule 1950 bis 1954
Seehausen/Oberbayern
Realschule 1954 bis 1959
Murnau/Oberbayern
Realgymnasium 1959 bis 1965
Achern/Baden-Württemberg
Abitur am 11. März 1965
Wehrdienst : 1965 bis 1967
Universität : Tierärztliche Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität,
München
SS 1967 bis SS 1972
Staatsexamen 19. Oktober 1972
Bestallung 15. November 1972
Tätigkeiten : Verwalter d. Dienstgeschäfte
eines wiss. Ass. an der Medi-
zinischen Tierklinik, München
seit 17. Januar 1973

